Rok XL. Kraków, 16 Listopada 1901. Nr 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej Prof. Dr. A. Gluzińskiego we Lwowie.

Przyczynek do powstawania względnej niedomykalności zastawki trójdzielnej *(insuf. tricuspidalis relativa)* przy zmianach w tętnicy głównej *(aorta)*.

Podał

Dr. Juliusz Marischler
asystent kliniki.

(Dokończenie).

Mieliśmy więc przed sobą przypadek wady sercowej w okresie niewyrównania, za czem świadczyły: powiększona wątroba, sinica skóry i błon śluzowych, objawy nieżytu oskrzelowego. Zależało nam teraz na dokładnem określeniu siedziby tej wady i tła, na jakiem powstała. Na pierwszy rzut oka występowały silnie rozszerzone żyły szyjne, okazujące przytem tętnienie dodatnie, t. j. równoczesne ze skurczem komór. Tętnienie dodatnie żył szyjnych stwierdzamy tylko w dwóch przypadkach: przy niedomykalności zastawki trójdzielnej i przy niedomykalności zastawki dwudzielnej, gdy otwór owalny nie jest zasklepiony. Uwzględniając wybitne rozszerzenie serca w kierunku poprzecznym (komory prawej), najsilniejszy szmer nad komorą prawą, idący aż do pachy prawej, a dalej brak wzmożenia II tonu nad tętnicą płucną, musieliśmy przyjść do przekonania, że objawy te odpowiadają niedomykalności zastawki trójdzielnej.

Reszta objawów była już łatwą do wytłómaczenia. Tętnienie wątroby, rozszerzenie żył i sinica były następstwem niedomykalności zastawki trójdzielnej.

Dla dokładności muszę tu jeszcze na jeden szczegół zwrócić uwagę. Choremu zaraz w pierwszych dniach pobytu w klinice podano napar naparstnicy. Po pierwszych łyżkach chory prawdopodobnie z powodu bezwzględnego spokoju, jaki mu zalecono, czuł się lepiej. Tem większe było nasze zdziwienie, gdy na trzeci dzień zażywania naparstnicy zaczęły pojawiać się obrzęki na kończynach dolnych tak, że nie widząc wcale dodatniego wpływu naparstnicy musieliśmy ją odstawić. Przy wtórorzędnej (względnej) niedomykalności zastawki trójdzielnej podawanie naparstnicy sprowadza często poprawę, lub nawet ustąpienie wady, wskutek zmiejszenia się rozmiarów prawej komory. W naszym przypadku przeciwnie, przekrwienie bierne pod wpływem naparstnicy zwiększyło się jeszcze więcej.

Wszystkie te objawy tak przedmiotowe, jak podmiotowe nasuwały myśl, czy nie mamy w tym przypadku do czynienia z pierwotną niedomykalnością zastawki trójdzielnej. Przeciw temu przypuszczeniu można było klinicznie zrobić tylko ten zarzut, że pierwotna niedomykalność zastawki trójdzielnej w życiu pozapłodowem należy do rzadkości.

Jeżeli już co do poprzedniego punktu mieliśmy poważne wątpliwości, to tem bardziej trudno nam było oceniać jej podstawę. Wahaliśmy się n. p. długi czas, czy nie mamy przypadkiem jakiejś zmiany kiłowej w śródsierdziu, lub w miąższu sercowym, ze zmianą następową na zastawce trójdzielnej.

Dalszy przebieg choroby nie przedstawiał żadnych szczegółów ciekawszych. W grudniu zaczął chory skarżyć się na nudności bez następowych wymiotów. Na kończynach dolnych pojawiły się obrzęki, a w styczniu można było wykazać mierną ilość wolnego płynu w jamie brzusznej. W tym stanie chorego podano znowu napar naparstnicy, co jednak i teraz nie miało wcale dodatniego wpływu na stan obrzęków, lecz owszem, jak przedtem, wywołało ich powiększenie się. Podano więc choremu środek moczopędny w postaci diuretyny w ilości 4 grm. dziennie, przez co rzeczywiście obrzęki poczęły się zmniejszać.

Chory 4 lutego 1900 r. opuścił klinikę, a 21 marca 1900 zgłosił się powtórnie podając, że od czterech tygodni czuje się znowu gorzej, obrzęk na kończynach dolnych powiększył się znacznie, obrzęk brzucha zaczął się stale wzmagać. Uczucie duszności stało się teraz dolegliwsze.

Przy badaniu chorego w tym czasie można było stwierdzić pogorszenie w stanie narządów wewnętrznych. W płucach objawy nieżytu oskrzelowego o nieco większem nasileniu; rozmiary serca wypukiem nieco większe w całości, gdyż granica na prawo sięgała do linii przymostkowej prawej, na lewo zaś do — sutkowej lewej. Przysłuch wykazywał nad koniuszkiem I ton obok skurczowego szmeru, II ton. Nad tętnicą główną słaby skurczowy szmer, II ton silniejszy. Nad płucną słaby skurczowy szmer, II ton słaby. Na dolnej części mostka i w dołku podsercowym silny skurczowy szmer.

Słaby skurczowy szmer, słyszalny nad tętnicą główną, okazywał cokolwiek inny charakter, aniżeli szmer główny nad podstawą serca; tętnice obwodowe, jak łokciowa, tętnią widocznie, skurczowego tonu jednak osłuchiwaniem nie można w nich wykazać. Tętno sprychowe słabo napięte, jednak pełne, regularne, fala dość wysoka. Żyły szyjne okazują te same objawy, jak poprzednio. Brzuch powiększony, okazuje objaw chełbotania. Wątroba twarda, macalna tylko przez balotowanie. Na kończynach dolnych znaczny obrzęk.

Wszystkie objawy, stwierdzone u naszego chorego, opisaliśmy już poprzednio. Pozostaje nam do omówienia jeszcze szmer skurczowy nad tętnicą główną, wprawdzie słaby, posiadający jednak odmienny charakter, aniżeli szmer nad prawą komorą. Nie mieliśmy żadnych danych do przyjęcia zwężenia ujścia tętniczego lewego, lub tętniaka, pozostawały więc tylko dwie możliwości: albo ten szmer jest udzielony,

albo też, wobec odmiennego charakteru, dość silnie zaakcentowanego II tonu nad tętnicą główną, a dalej wobec pokręconych i twardszych tętnic obwodowych, ma on swe źródło w zmianie miażdżycowej tętnicy głównej.

Leczenie rozpoczęliśmy od wypuszczenia płynu z jamy brzusznej zapomocą trójgrańca (wypuszczono 5 litrów). Chory potem uczuł znaczną ulgę. Na wewnątrz podano mu *tra strophanti* i *tra convallariae aa,* a jako środek moczopędny kalomel, później zaś diuretynę. Pomimo tego stan chorego tym razem nie poprawiał się tak, że z powodu znacznego spadku ciśnienia krwi trzeba było zastosować wstrzykiwania podskórne kamfory i kofeiny. I to przyniosło choremu tylko chwilową ulgę; duszność jednak i obrzęki powiększały się coraz bardziej, zaczęły występować wymioty czarne, fusowate, a 22 kwietnia nastąpiło zejście śmiertelne.

Rozpoznanie kliniczne było następujące: *Insufficientia valv. tricuspidalis primaria? atheroma aortae et arteriarum periphericarum, subs. hypertrophia cordis totius et dilatatione major. gradus cordis dextri, in stadio incompensationis, subs. hyperaemia passiva pulmonum, renum, lienis, tumor hepatis cyanoticus, ascites, anasarca. Concretiones pleurae dextrae et induratio apicis dextri.*

Co do rozpoznania pierwotnej niedomykalności zastawki trójdzielnej, mieliśmy wątpliwości; chcieliśmy jednak w ten sposób zaznaczyć, że za życia chorego nie mieliśmy żadnych wskazówek przedmiotowych, by uznać zależność powstania względnej niedomykalności.

Rozpoznanie anatomiczne (Prosektor Dr. P. Kučera): *Atheroma aortae et arteriosclerosis universalis. Aneurysma partis ascendentis aortae circumscriptum, in truncum arteriae pulmonalis perforans. Hypertrophia et dilatatio cordis utriusque praec. dextri. Degeneratio myocardii adiposa. Induratio organorum. Pleuritis chronica fibrosa ambilateralis, praec. dextra, gastroenteritis catarrhalis chronica ex venostasi. Ascites, anasarca.*

Protokół sekcyjny wspomina dalej, że komora prawa jest znacznie powiększona, zastawki jej gładkie i cienkie, ujście zaś żylne prawe bardzo rozszerzone tak, że zastawka trójdzielna była niedomykalną. Ściana komory prawej i mięśnie beleczkowe znacznie zgrubiałe. Zastawki tętnicy głównej są nieco zgrubiałe, sztywne, jednak domykalne. Błona wewnętrzna tętnicy głównej, pokryta licznemi blaszkami, po części zwapniałemi. W części wstępującej, w kierunku do tętnicy płucnej, widać uchyłek wielkości jaja kurzego, o brzegach ostrych i ścianach, podobnie jak błona wewnętrzna tętnicy głównej, zmienionych. Uchyłek ten przylega do tętnicy płucnej, na której w tem miejscu widać brak ściany tętnicy płucnej na przestrzeni 3 ctm. w średnicy. Ściana uchyłku jest w dwóch miejscach przedziurawiona na wielkość ziarnka soczewicy, w kierunku do tętnicy płucnej. Wskutek ucisku tętniaka na tętnicę płucną powstało jej zwężenie.

Rozpoznanie anatomiczne wyjaśniło nam więc etyologię niedomykalności zastawki trójdzielnej w naszym przypadku. Za życia chorego nie mieliśmy i mieć nie mogliśmy wobec umiejscowienia i małych rozmiarów tętniaka żadnego objawu, wskazującego na obecność tętniaka tętnicy głównej tak, że na podstawie lekkiego skurczowego szmeru i dźwięcznego tonu nad tętnicą główną, jakoteż z pokręconych twardszych tętnic obwodowych, mieliśmy prawo rozpoznać jedynie miażdżycę tej tętnicy i naczyń obwodowych, a nie rozszerzenia workowatego tętnicy głównej.

Tak samo i zwężenie tętnicy płucnej wskutek wpuklenia się tętniaka do jej światła nie dawało żadnych objawów fizykalnych, — a wytłómaczenie tego podam niżej. Na pierwszy plan zaś w naszym przypadku występowała niedomykalność zastawki trójdzielnej, która niejako okazałością objawów przedmiotowych przyćmiewała resztę zmian w sercu u naszego chorego. Sekcya zaś wykazała nam, że mieliśmy do czynienia z względną niedomykalnością zastawki trójdzielnej, a nie jak mylnie przypuszczaliśmy — z pierwotną.

Mechanizm powstania tej zmiany byłby więc bardzo prosty. Wskutek ucisku tętniaka na tętnicę płucną i następowego jej zwężenia przyszło w pierwszej linii do przerostu prawej komory. Mięsień tej komory, nie mogąc jednak podołać zwiększonej pracy, musiał uledz rozszerzeniu, które doszło aż do wytworzenia się względnej niedomykalności zastawki trójdzielnej. W pierwszym więc okresie chorobowym, któregośmy nie mieli sposobności spostrzegać, mógł być słyszalny szmer skurczowy obok silnego zaakcentowania II tonu nad tętnicą płucną, wskutek wzmożonego ciśnienia krwi tuż ponad zastawkami; w drugim zaś okresie, t j. w czasie zgłoszenia się chorego do kliniki mieliśmy już osłabienie tego tonu, jako wynik spadku ciśnienia krwi w tętnicy płucnej. wskutek wytworzenia się względnej niedomykalności zastawki trójdzielnej, a także i brak wyraźnego szmeru skurczowego. Sekcya wytłómaczyła nam i inne objawy, z których za życia chorego nie mogliśmy sobie zdać jasno sprawy. Jak już wyżej zaznaczyłem, podanie naparstnicy nie miało w naszym przypadku wcale dodatniego wpływu na stan chorego, lecz przeciwnie, mogliśmy zauważyć pogorszenie się wszystkich objawów. Obok wzmożenia się duszności, zaczęły zwiększać się obrzęki, pomimo że ilość moczu na dobę z początku dość wzrastała. Sprzeczność ta wyjaśniła się teraz, gdyż wskutek podniesienia naparstnicą ciśnienia krwi w krążeniu dużem, a więc i w tętniaku, spowodowaliśmy jeszcze większe wpuklenie się tegoż do tętnicy płucnej, i co za tem idzie, powiększenie zwężenia tętnicy płucnej, a więc jeszcze większą pracę dla komory prawej już wyczerpanej, a ztąd wzmożenie się zastoju ogólnego i pogorszenie dopływu krwi do płuc.

Ucisk tętniaka na tętnicę płucną doprowadził w naszym przypadku do zaniku jej ściany zupełnie w ten sam sposób, jak wskutek ucisku tętniaka przychodzi do zaniku uciskowego żeber, kości, tchawicy i t. d. Na przestrzeni trzech ctm. w średnicy mieliśmy w tętnicy płucnej zupełny brak jej ściany, założony szczelnie ścianą tętniaka Dopiero pod koniec życia chorego przyszło do przedziurawienia ściany tętniaka w dwóch miejscach wielkości soczewicy, wskutek czego powstało dopiero wtenczas połączenie między światłem obydwóch wielkich naczyń tętniczych. Sprawa przebicia tętniaka tętnicy głównej do tętnicy płucnej jest dość rzadką, gdyż podług statystyki Huchard'a[4]), który zebrał wszystkie przypadki przebicia tętniaków, ogłoszone od r. 1826 w „Bulletin de la société anatomique de Paris“, na 250 przypadków przebicia tętniaków do rozmaitych narządów, trzy powstały do tętnicy płucnej. W ostatnich czasach

[4]) H. Huchard: Traité clinique des maladies du coeur et de l'arote.

Hödlmoser[5]), mógł zebrać z piśmiennictwa 21 przypadków przebicia tętniaka tętnicy głównej do tętnicy płucnej i sam ogłasza przypadek tego rodzaju z kliniki Schröttera. Wracając do naszego przypadku musimy się zapytać, czy podobne przebicie, jak w naszym przypadku, mogło dawać za życia pewne objawy fizykalne. Hödlmoser przypuszcza, że mogą one dać powód do powstania szmeru skurczowego na lewym brzegu mostka, w górnej jego części. Sam jednak przyznaje, że i w tętniaku samym mogłoby leżeć źródło takiego szmeru. W każdym razie przebicie tętniaka do tętnicy płucnej sprowadza znaczną duszność, i słusznem wydaje nam się zdanie Thurnama[6]), przytoczone przez Hucharda, że przechodzenie przez płuca mięszaniny krwi żylnej i tętniczej działa prawdopodobnie jako bodziec nieprawidłowy i drażniący narządy oddechowe, pociągając za sobą duszność, kaszel, wydzielinę oskrzelową zabarwioną krwią, a w następstwie ogniska zapalne w płucach. W końcu utlenianie krwi jest niedostateczne, gdyż w naczyniach płucnych tem mniej krwi żylnej ulega utlenieniu, im więcej dostaje się krwi tętniczej do tychże naczyń. Nie chcę rozstrzygać pytania, czy w naszym przypadku było znaczne przechodzenie krwi z tętniaka do tętnicy płucnej; sądzę jednak, że chyba nieznaczne, gdyż tętniak był wypełniony skrzepami, co dozwalało zaledwie na sączenie się krwi z jednego naczynia do drugiego.

Przeglądając piśmiennictwo, mogłem znaleźć opisane tylko dwa przypadki tętniaka tętnicy głównej, gdzie wskutek ucisku na tętnicę płucną przyszło do wytworzenia się względnej niedomykalności zastawki trójdzielnej. Pierwszy opisany przez Johnsona[7]), dotyczył chorego, u którego autor na podstawie silnego szmeru skurczowego w okolicy koniuszka przypuszczał obecność niedomykalności zastawki dwudzielnej, gdy tymczasem sekcya wykazała znaczne rozszerzenie ujścia żylnego prawego, znacznego stopnia przerost i rozstrzeń komory prawej. Tętnica płucna była w znacznym stopniu zwężona wskutek wpuklenia się do jej światła tętniaka tętnicy głównej.

Drugi tego rodzaju przypadek opisuje Rindfleisch i Obernier[8]), w którym to przypadku na podstawie wszystkich objawów klinicznych rozpoznano pierwotną niedomykalność zastawki trójdzielnej, a dopiero sekcya wykazała obecność małego tętniaka, uciskającego na tylną ścianę tętnicy płucnej i wpuklającego się do jej światła, podobnie, jak to miało miejsce w naszym przypadku.

Widzimy więc, że schorzenia tętnicy głównej mogą się odbić na sercu prawem, jużto, jeżeli zastawki tętnicy głównej są niedomykalne, przez wpuklenie się przegrody międzykomorowej do światła komory prawej, jużto przy tętniaku tak usadowionym, że przychodzi do ucisku tętnicy płucnej i wskutek tego do jej zwężenia. Tak w jednym jak i w drugim przypadku czynnik powstawania zmiany jest czysto mechaniczny. Analogię najlepiej nam uwidocznia złe działanie w tych razach naparstnicy, gdyż, wskutek podwyższenia ciśnienia krwi w krążeniu dużem, pomniejszamy tem bardziej, w tych przypadkach, albo rozmiary komory prawej, albo światło tętnicy płucnej.

[5]) C. Hödlmoser: Beitrag zur Symptomatologie der in die Pulmonalis perforirenden Aneurismen der Aorta ascendens. (Zeitschrift f. klin. Med. T. 42. 1901).

[6]) Przytocz. podług Hucharda *op. cit.*

[7]) Schmidt's Jahrbücher 1866.

[8]) Rindfleisch i Obernier: Deutsches Arch. f. klin. Med. B. 5, 1867.

II. Doniosłość praktyczna i naukowa mojego przyrządu przenośnego dla aseptyki operacyjnej

Podał

Dr. Adolf Wątorek.

(Dokończenie).

III. Trzecia grupa zarzutów, głównie podnoszona w dyskusyach prywatnych, brzmi jak następuje: Nowy sterylizator, chociażby teoretyczna jego wartość nie ulegała wątpliwości, nie znajdzie szerokiego zastosowania w praktyce ogółu lekarskiego, albowiem wątpliwą jest rzeczą, czy: 1) koszt kupienia sterylizatora, 2) kłopot nastawiania przyrządu do operacyi, oczekiwanie ukończenia się wyjałowienia, a wskutek tego 3) większa strata czasu, użytego do operacyi wogóle, wreszcie 4) zachód z utrzymaniem przyrządu w czystości, czy opłaci korzyść zwiększonej pewności aseptyki przy operacyi, zwłaszcza, iż i bez tego nowego przyrządu można sobie przy operacyach w prywatnym domu daleko praktyczniej i szybciej poradzić, stosując zamiast aseptyki metodę antyseptyczną, lub też antyseptyczno-aseptyczną, zwłaszcza, jeżeli uwzględnimy następujące okoliczności: 1) w domu prywatnym zazwyczaj niema tak wiele bakteryj chorobotwórczych, jak w klinikach i szpitalach, można więc spokojnie używać do operacyi takich naczyń gospodarczych, jak miednice, miski, talerze, salaterki, ręczniki, dalej wody przegotowanej w naczyniach kuchennych itd.; a jeżeli aseptykę, o ile ją można osiągnąć w domu prywatnym, połączymy z antyseptyką, to możemy z czystem sumieniem podejmować operacyę aseptyczną. 2) Dobre wyniki operacyi zależą od bardzo wielu czynników, częstokroć bliżej nam nieznanych, między którymi odgrywa niewątpliwie znaczną rolę aseptyczność wykonania operacyi, jak to udowadnia statystyka, ale czynnik ten jest poprostu przeceniony, gdyż codzienne doświadczenie poucza, że wiele operacyi, wykonanych bez żadnej anty—lub aseptyki, przecież się udaje. Wynik operacyi zależy znacznie więcej od osobistej wprawy i biegłości operatora, od przypadku chorobowego, odporności ustroju operowanego na zakażenie i na stratę krwi, od większej lub mniejszej siły życiowej ustroju, samoregulującej błędy lekarza przy wadliwem wykonaniu operacyi, dalej od troskliwego leczenia następowego po operacyi, a wreszcie od przypadku, czyli t. zw. szczęśliwej ręki lekarza. 3) W praktyce prywatnej wykonuje się operacye mniejsze; cięższe zaś, wymagające ściślejszej aseptyki, odsyła się do szpitala. Jeżeli dom jest majętny, telegrafuje się po specyalistę, a ten zjeżdża na miejsce z całym taborem przyrządów, narzędzi i całą świtą asystentów, po prostu przenosi klinikę i aseptykę do domu prywatnego. Jeżeli zaś nieszczęście trafi biedaka na głębokiej prowincyi, gdzie asystentów niema, do szpitala zaś za daleko tak, że lekarz z konieczności musi sam stawić czoło trudnościom, to wykonując ciężką operacyę sam bez asystencyi, ratując, jednocześnie ryzykuje życie ludzkie tak, że w razie złego wyniku operacyi z pewnością aseptyczność większa lub mniejsza operacyi odgrywa podrzędną rolę.

Powyższe uwagi, wiernie przezemnie z rozpraw pomiędzy lekarzami zebrane i przedstawione, nie mogą, powiedzmy z góry, ostać się wobec dzisiejszego stanu nauki lekarskiej. Nie mogę poprzestać na samem udowodnieniu, że przy pomocy mego przyrządu można zadość uczynić wszystkim warunkom, niezbędnym do wykonania operacyi aseptycznie w domu prywatnym, ale owszem, muszę wykazać: 1) że wykonanie antyseptyczne operacyi wobec dzisiejszego stanowiska nauki, nie jest tak pewne, jak aseptyczne, ze względu na możliwe choroby przyranne; 2) że zaimprowizowanie operacyi aseptycznej w domu prywatnym, bez pomocy mego przyrządu, napotyka na trudności nie do zwalczenia; 3) że rozporządzając nawet jednym z sterylizatorów dotychczasowych systemów przenośnych dla lekarza praktyka, trudno jest w domu prywatnym wykonać aseptycznie operacyę, a stosując nawet metodę antyseptyczno-aseptyczną, tracimy na przygotowania do operacyi więcej czasu, niż gdyby się miało do pomocy mój przyrząd.

ad 1). Czy antyseptyka może zastąpić aseptykę? Pomijam działanie szkodliwe rozczynów antyseptycznych na ustrój operowanego, jak możliwe zatrucie, szkodliwe działanie na nerki przetworów karbolowych, podrażnienie rany, a wskutek tego silniejsza wydzielina z rany, utrudniająca gojenie, trudniejsze tworzenie się blizn; natomiast pragnę rozpatrzeć czy antyseptyka może zastąpić aseptykę w odkażaniu narzędzi, opatrunków, pola operacyjnego, rąk lekarza i płynów, użytych do spłókiwania rany. Co się tyczy odkażenia narzędzi zapomocą antyseptyków, to ku temu celowi używa się takich przetworów, które nie wchodzą z związek chemiczny ze stalą. Do takich substancyj należą najczęściej używane: karbol, kreolina Artmana lub Pearsona, lysol. Praktycznie rzecz biorąc, zapytajmy się, jak długo muszą leżeć narzędzia w 5% rozczynie przytoczonych substancyj, aby można było być pewnym ich aseptyczności? Pamiętać musimy o fakcie, że jeżeli gdzie, to na narzędziach lekarskich, używanych latami, możemy się łatwo spotkać z zarodnikami bakteryj i ich formami trwałemi. Jeżeli weźmiemy pod uwagę zarodniki karbunkułu, to 5%-wy karbol zabija je w 7—8 dni w ciepłocie pokojowej, a w ciepłocie 37° C. — w 3 godziny. Kreolina Artmana (5%) wogóle nie zabija ich, a Pearsona dopiero po 10-u dniach, lysol dopiero po 20 dniach. Co się tyczy bakteryj ropnych, których jest ogromna ilość gatunków, o różnej oporności na działanie zabójcze antyseptyków, to np. na *bac. pyocyaneus* 5%-wy karbol nie działa zabójczo nawet po godzinie; tak samo kreolina Pearsona i lysol; na gronkowce 5%-wy karbol działa w 3—5 minut, kreolina Pearsona potrzebuje 50—60 minut, podobnie lysol. Z tego wynika, że gdybyśmy nawet kilka godzin pozostawili narzędzia w 5%-wym karbolu, to bezwarunkowo nie będziemy tak pewni ich odkażenia, jak przy 5-o minutowem gotowaniu ich w 1%-wym rozczynie sody, lub 9-o minutowem gotowaniu w zwykłej wodzie. Antyseptyka dla odkażania narzędzi już się przeżyła. Co się tyczy opatrunków, to z suchej gazy jodoformowej lub airolowej, wystawionej na powietrze, wyhodowało kilku autorów gronkowce i paciorkowce. Wykazano nawet, że bakterye te można w proszku jodoformowym przechować tygodniami. Gazę jodoformową trzeba więc przed użyciem wyjałowić, podobnie jak i sam jodoform, oraz mięszankę jodoformową. Nie można więc w aseptycznej operacyi używać z całym spokojem zamiast gazy wyjałowionej w parze t. zw. gaz antyseptycznych. Nie wyliczam tu innych motywów, które dają przewagę opatrunkowi aseptycznemu nad antyseptycznym. Jeżeli fabryczne gazy antyseptyczne nie są pewne co do swojej zawartości bakteryj chorobotwórczych, jeżeli długo leżą w składach aptecznych, lub też, jeżeli już uległy rozpakowaniu, to tem bardziej nie mogą być pewne t. zw. gazy aseptyczne i inne środki opatrunkowe. Chcąc być pewnym aseptyki, musimy bezpośrednio przed użyciem wyjałowić nawet gazy antyseptyczne.

Co się tyczy płynów, służących do irygacyi rany, to rozczyny przetworów antyseptycznych w wodzie nie wyjałowionej również nie mogą być pewnymi co do braku zarazków. Nauka podaje, że 5%-wy karbol dopiero po 5-ciu dniach jest naprawdę aseptyczny, a 1%-wy rozczyn sublimatu — dopiero po 24-ch godzinach. Rozczyny więc przetworów antyseptycznych, robione na poczekaniu, wcale nie są aseptyczne. Chcąc być pewnym aseptyczności rozczynu antyseptycznego, należy wodę przegotować i dopiero w takiej wodzie przetwór antyseptyczny rozpuszczać; inaczej łatwo dojdziemy do paradoksalnego wniosku, że takim lekiem antyseptycznym można ranę czystą zakazić.

Co się tyczy mycia rąk i pola operacyjnego, to przekonaliśmy się, że główną rolę w odkażeniu odgrywa tu staranne oczyszczenie mechaniczne, a podrzędną — działanie antyseptyczne sublimatu lub karbolu. A czyż można obmyć aseptycznie ręce wodą nie aseptyczną?

Czy zatem odmówimy antyseptyce wszelkiego znaczenia dla medycyny operacyjnej? A czyż antyseptyka nie zmieniła doraźnie statystyki operacyjnej na lepsze?

Owszem: obecnie traktujemy antyseptycznie wszystkie rany zakażone, oraz wszystkie choroby przyranne, jak ropienia itd. z dobrym skutkiem. Działanie lecznicze rozczynów antyseptycznych i takich proszków, jak jodoform, airol itd., nie tyle polega na ich sile bakteryobójczej, ile raczej na działaniu, powstrzymującem rozwój bakteryj i zmiejszającem ich jadowitość. Dziś rozumiemy, że w czasach antyseptycznych wobec wadliwego odkażania narzędzi, rąk, opatrunków, pola operacyjnego, każdą ranę, nawet czystą (np. po wyłuszczeniu guzów), należałoby uważać na zakażoną. Rozumiemy teraz, że antyseptyczne wykonanie operacyi i antyseptyczny opatrunek były na miejscu, bo poprostu z góry niejako leczyło się ewentualnie nastąpić mające powikłanie przyranne. Nic dziwnego też, jeżeli po takiem zapobiegawczem leczeniu możliwego powikłania przyrannego efekt gojenia się był lepszy, niż w czasach przedantyseptycznych, gdzie z reguły po operacyi występowała choroba przyranna.

Ale obecnie, gdy wiemy, jak wykonać warunki aseptyczności przy operacyi, możemy po operacyi czystej uważać ranę za czystą — i traktowanie takiej rany czystej antyseptycznie za nieuzasadnione. Aseptyka w zakładach już dawno wyrugowała antyseptykę przy wykonywaniu operacyj czystych. W praktyce prywatnej jednak operuje się jak przed laty 30-tu, t. j. antyseptycznie, narażając chorych na wszystkie niedogodności i szkodliwości antyseptyki. Dlaczego? Bo antyseptyczne wykonanie operacyi wymaga bardzo mało zachodów. Wystarczy kazać sobie podać 3 miski, w jednej rozpuścić sublimat, w drugiej karbol, lub kreolinę — i włożyć do niej z torby narzędzia, a w trzeciej kazać przygotować letniej wody na umycie rąk. Prócz tego jeden lub

dwa talerze na waciki — i sprawa z przygotowaniami załatwiona. Że takie doraźne przygotowanie rozczynów antyseptycznych z wody nie wyjałowionej, w naczyniach gospodarczych nie wyjałowionych i użycie ich w celu odkażenia narzędzi, rąk, pola operacyjnego itd. nie odpowiada wymaganiom naukowym, że co najwyżej niektóre gatunki bakteryj ropnych mogą uledz częściowemu zabiciu na przedmiotach, stykających się z raną, jest jasnem dla każdego, kto choćby tylko z grubsza zapoznał się z wynikami bakteryologii. Dlaczegoż toleruje się to, powiedziałbym karygodne lekceważenie życia i zdrowia ludzkiego? Na to pytanie, wkraczające w zakres etyki lekarskiej, znajdziemy odpowiedź w ustępie, streszczającym zarzuty praktyczne (pod 1, 2 i 3).

Chcąc wykazać wątłe podstawy tych uwag praktycznych, będących kanonem wiary lekarzy, którzy nie odebrali w dawniejszej szkole klinicznej wychowania aseptycznego i nie zrośli się z aseptyką, musiałbym obecnie rozważyć szczegółowo następujące 3 pytania: 1. czy dom prywatny wogóle, a naczynia gospodarcze i wodę nieprzegotowaną ze studzien w szczególności, można uważać za pozbawione bakteryj chorobotwórczych takich, jak np. tężcowe, ropne, gnilne, bakterye róży, *b. colli commune* itd.? 2. czy można dzielić operacye ze względu na stosowanie ścisłej lub mniej ścisłej aseptyki na lżejsze i cięższe? czy lekarz wolnopraktykujący wykonuje tylko operacye lżejsze, czy też i cięższe, tj. takie, które w razie zawikłań przyrannych grożą osobnikowi śmiercią? 3. komu pozwoliłbym siebie lub kogoś z mojej rodziny operować, czy najlepszemu specyaliście z czasów przedantyseptycznych, którybу rozporządzał idealną techniką, ale któryby przy operacyi zapoznawał zupełnie aseptykę, czy też przeciętnemu operatorowi z przeciętną techniką, któryby atoli był co do aseptyki pedantem.

Powyższe zagadnienia nauka rozstrzygnęła dawno i wcale nie mam zamiaru powtarzać tu rzeczy znanych. Że operacye bardzo często udają się, wykonane nawet z problematyczną antyseptyką, tj., że pacyenci lub pacyentki nie giną, lecz żyją, bynajmniej to nie dowodzi, iż metoda ta jest wystarczającą, raczej stwierdza, że siły samoobrony ustroju bywają zdumiewająco wielkie. Toć i w czasach przedantyseptycznych nie każdy operowany umierał na posocznicę, a nie przeczę, że lepsza zawsze antyseptyka, choć taka, niż żadna.

Jeżeli jednak, dzięki niestrudzonym badaczom, wiemy, że antyseptyka, jako taka, choćby wykonana przy pomocy aseptycznych przetworów antyseptycznych, nie może się mierzyć co do pewności dla zdrowia operowanych z aseptyką, to względy wygody i wszelkich ułatwień muszą ustąpić — obowiązkowi operowania aseptycznego.

Czy bez przyrządu wyjaławiającego można w prywatnym domu wykonać operacyę aseptycznie? a) Narzędzia można włożyć do płaskiego naczynia z wodą, n. p. brytwany, dosypać sody kuchennej — i zagotować. b) Co się tyczy opatrunków, to można posługiwać się fabrycznymi pakietami wyjałowionymi, ale otwierać je należy dopiero bezpośrednio przed użyciem rękami i narzędziami aseptycznemi. Oczywiście aseptyczności ich musimy ufać na słowo fabrykanta. Jeżeli zaś aseptyczności opatrunków nie ufamy, to możemy w braku sterylizatora parowego wygotować gazę opatrunkową, a następnie przed użyciem wysuszyć. Z watą taksamo postąpić nie można, raczej już z wacikami. c) Wodę do mycia rąk i pola operacyjnego, oraz dla przyrządzenia płynów irygacyjnych, możemy w dużem naczyniu przykrytem nakrywką zagotować i następnie wystudzić. d) Również wygotować możemy w sodzie szczotki, pilniczki. e) Miski, talerze itd., służące do pomieszczenia narzędzi, mycia rąk, na waciki, możemy wymyć mydłem i szczotką aseptyczną, spłókać wodą aseptyczną, następnie wymyć wyskokiem, eterem i zdesinfekcyonować gorącym stężonym sublimatem, lub karbolem. f) Irygator wraz z cewką gutaperkową i kanką szklaną możemy wygotować w większem naczyniu.

Przypuśćmy, że wszystko to jesteśmy w stanie wykonać: czy będziemy już pewni aseptyki? Co się tyczy narzędzi, wody, szczotek, lejka, hegara z cewką i kanką, oraz wygotowanej gazy opatrunkowej, wacików — tak; mniej już co do takich naczyń, jak miski, talerze; a co się tyczy waty — zupełnie nie. Jest to już bardzo dużo, prawie że ideał osiągnięty. Mając do rozporządzenia dużo wody aseptycznej, można ją na miednicy kilkakrotnie w czasie mycia rąk zmienić, a więc można wyjałowić je wcale dokładnie, jakkolwiek nie z taką pewnością, jak przy pomocy umywalni aseptycznej. Mając wygotowany irygator z wodą aseptyczną, możemy dokładnie odkażać pole operacyjne.

Gdy więc już posiadamy narzędzia, ręce i pole operacyjne wyjałowione, oraz gazę wygotowaną, możemy przedsięwziąć operacyę aseptyczną, bo tylko wacie nie możemy zupełnie ufać, o co atoli mniejsza, bo ona nie przylega i tak bezpośrednio do rany. Tak się sprawa przedstawia teoretycznie. Weźmy ją atoli ze stanowiska praktyki. Wyobraźmy sobie najkorzystniejszy przypadek, a zatem: dom prywatny względnie zamożny, gdzie służby i naczyń kuchennych jest podostatkiem; na kuchni pali się ogień, a w dużych naczyniach już przygotowano do operacyi wiele wody ciepłej. Przypuśćmy, że lekarz zamierza operować aseptycznie. Wygotowanie narzędzi, wacików, gazy, szczotek, pilniczka itd. jest dziełem jednej chwili, lecz — ile czasu trzeba czekać, zanim narzędzia i płyny, mające być użyte do operacyi, wystygną same przez się do tego stopnia, aby były możliwe do użytku? sądzimy, że co najmniej 2 godziny. Nie dziwię się, że lekarz z najlepszymi zamiarami, znudziwszy się tak długiem czekaniem, każe poprostu podolewać zimnej wody z konewki do przedmiotów wygotowanych — i, pomimo że miał najlepsze zamiary operować aseptycznie operuje antyseptycznie.

Cóż dopiero mówić o przypadkach, gdzie szybkie przystąpienie do operacyi jest konieczne, np. w większości przypadków położniczych, zwłaszcza gdy wezwani jesteśmy do domu ubogiego, w nocy, gdzie trzeba dopiero w piecu ogień rozpalać, wyszukać odpowiednie naczynia kuchenne, przyczem gospodyni zaklina, żeby jej naczyń gospodarczych nie zanieczyszczać itd. itd. Wobec piętrzących się na każdym kroku trudności, lekarz z góry wyrzeka się aseptyki, boby nawet za pół dnia do operacyi nie przystąpił.

Nie wiele wygodniej operuje się przy pomocy podręcznych sterylizatorów przenośnych, umożliwiających na poczekaniu wygotowanie narzędzi i wyjałowienie opatrunków. Przyrządy te najrozmaitszych systemów mają wiele wad. I tak, narzędzia po wygotowaniu muszą dłuższy czas stygnąć; opatrunki wyjaławia się na mokro, co szczególnie dla waty jest niepożądane, albowiem ta w większości przypadków poprostu staje się po wyjałowieniu niezdatną do

użytku, a wreszcie, co najważniejsze, nie spełniają sterelizatory wszystkich warunków, koniecznych dla przeprowadzenia operacyi aseptycznej przez to, że obmycie aseptyczne rąk i pola operacyjnego trzeba w domu prywatnym dopiero improwizować, co znów pociąga za sobą ogromną stratę czasu dla lekarza. Dlatego też ze względu na potrzebę oszczędzenia czasu dla lekarza praktycznego, operuje się metodą mięszaną: aseptyczną — ze względu na narzędzia i patrunki, antyseptyczną — ze względu na oczyszczenie rąk, pola operacyjnego i irygacyi rany. Że ze stanowiska aseptyki operacyjnej nawet ta metoda mięszana nie jest racyonalną, rozumie się samo przez się. Przy pomocy zaś mego przyrządu można operować nietylko aseptycznie, ale ze znacznem oszczędzeniem czasu.

Jak szybko można przystąpić do operacyi, posługując się moim przyrządem? Wyobraźmy sobie najniekorzystniejsze warunki w domu pacyenta, np. mieszkanie stróża w kamienicy, przypadek położniczy, brak wszelkiej asystencyi umiejętnej, wreszcie brak ognia na kuchni, pora północna. Po przybyciu do chorej następują wywiady, badanie zewnętrzne, rozpakowanie przyrządu, wydobycie wyjałowionej 10% waseliny karbolowej i pastylek sublimatowych; dalej, dokładne obmycie rąk zwykłą wodą, sublimatem, mydłem, posmarowanie palca wyjałowioną waseliną karbolową, zbadanie wewnętrzne palcem, rozważenie wskazań do operacyi — wszystko to trwa mniejwięcej kwadrans. Dajmy na to, że mamy wskazanie jak najspiesznięj założyć kleszcze z powodu objawów omdlenia płodu i zupełnego braku bolów.

Choćby w najuboższem mieszkaniu znajdzie się stolik, z którego należy usunąć wszystkie rzeczy. Przyrząd ustawiam na stelarzu w środku stołu w ten sposób, że wyloty kurka występują przed krawędź stołu. Zakładam kurek. Do przyrządu nalewam z konewki 3 litry czystej wody studziennej — i daję 30 grm. sody. Nalewam wyskoku do lampy, którą zapalam i ustawiam w środku pod przyrządem: na tę czynność przygotowawczą potrzeba 5 minut czasu.

Nim woda zagotuje się, minie 20 minut: czas ten wyzyskuję w sposób następujący: do sita na narzędzia wkładam kleszcze i wszystkie przyrządy do szycia, oraz nożyczki do nacięcia ujścia pochwy *(episiotomia)* i szczotki do mycia rąk; do górnego zaś sita 2 metry gazy jodoformowej lub gazy białej i waty 50 gramów na waciki, cewę gutaperkową z kanką szklaną do irygatora, nożyczki do paznogci i pilniczek, wreszcie słoik z waseliną karbolową. Poczem sita wkładam do przyrządu i nakładam pokrywę. Równocześnie każę przygotować jedną konewkę z zimną woda i ustawiam ją kolo przyrządu. Pod kurki przysuwam stołek, na którym stawiam miednicę lub miskę gospodarczą. Załatwiwszy te czynności, każę przyrządzić łożko poprzeczne i odpowiednio układam chorą na czystem prześcieradle. Z naczyń gospodarczych używam tylko 2 głębokie talerze na rozczyn sublimatu: 1-y na waciki, 2-i dla desinfekcyi rąk.

Zwykle na załatwienie tych czynności zejdzie $^1/_2$ godziny. Przebieg wyjałowienia o tyle kontroluję, że chwilę wydobywania się pary z przyrządu zapamiętam na zegarku — i po 10 minutach wyjaławiania usuwam lampę z pod przyrządu i gaszę ją. Następnie zakładam obie cewki gutaperkowe do końców wężownicy, jeden z nich wkładam do konewki z zimną wodą, drugi zaś biorę w usta, ssę cokolwiek i obniżam koniec do miednicy. Po chwili woda zaczyna przepływać przez wężownicę, chłodząc wnętrze przyrządu. Woda gorącą, zebraną w miednicy po przejściu przez chłodnicę, umywam skrupulatnie ręce, a po odlaniu zużytej i po nalaniu się z wężownicy świeżej wody ciepłej, myję nią i mydłem pole operacyjne, tj., jak w tym przypadku srom. Zwykle, zanim te 2 manipulacye ukończę, już woda z konewki całkowicie wypłynęła i przyrząd jest chłodny. Teraz zdejmuję pokrywę, wkładam do niej sito z narzędziami, zaś sito z opatrunkami ustawiam obok, poczem przystępuję do wyjałowienia rąk i pola operacyjnego, rozpuszczam sublimat na talerzach, oczyściwszy je uprzednio wodą z przyrządu, mydłem, eterem, zapomocą wacików, maczanych w płynie z przyrządu. Uskuteczniwszy tę czynność, przystępuję do operacyi.

Ilość więc czasu, użytego do przygotowań, przedstawia się jak następuje: 20 minut na 1-sze badanie i nastawianie przyrządu; 20 minut na zagotowanie wody; 10 minut na wyjałowienie; 5—6 minut na chłodzenie, a 15 minut na wyjałowienie rąk i pola operacyjnego. Razem 70 minut.

O ile króciej trwa operacya antyseptyczna? 15 minut 1-sze badanie i wyszukanie odpowiednich naczyń gospodarczych, 10 minut przyrządzanie rozczynów antyseptycznych, ułożenie odpowiednich narzędzi i przyrządzanie wacików, 5 minut pomaganie przy ułożeniu chorej, 20 minut mycie rąk i pola operacyjnego, razem 50 minut; zysk 20 minut. Zysk ten redukuje się do znacznie mniejszej liczby minut, skoro zastaniemy w domu na kuchni gorącą wodę, którą nalewamy do przyrządu. Jeżeli zachodzi ta szczęśliwa okoliczność, możemy do przyrządu nalać nie 3, ale 5 litrów wody gorącej, a wtedy przy myciu rąk i pola operacyjnego nie potrzebujemy się oszczędzać. Chłodzenie przyspieszyć możemy przez zdjęcie po wyjałowieniu pokrywy i przez mięszanie płynu zapomocą podnoszenia wyjmowalnej chłodnicy wraz z umieszczonem na niej sitem z narzędziami.

Możliwa strata czasu 20 minut nie odgrywa u lekarza wielkiej roli: lecz czy ma ona znaczenie dla chorej, czy chorego.

Przypadki chirurgiczne i położnicze są albo nagłe, t. j. takie, w których każda minuta dla chorego jest drogą i grozi utratą życia, albo też nie są nagłe. Do przypadków nagłych należą wyłącznie krwotoki — i to krwotoki znaczne, jak np. po przecięciu grubszej tętnicy, lub krwotoki poporodowe, a wyjątkowo i w czasie ronienia. W takich razach, gdzie życie chorego, jak się mówi, wisi na włosku, byłoby rzeczą bezpodstawną bawić się w aseptykę, lub antyseptykę. Wskazanie życiowe rozgrzesza nas w zaniechaniu przepisów anty- lub aseptycznego operowania. We wszelkich atoli innych przypadkach położniczych i chirurgicznych 20 minut nie robi różnicy dla zdrowia chorego czy chorej, a lekarz wykonując aseptycznie operacyę ma czyste sumienie, że należycie i umiejętnie wypełnił swój obowiązek.

Zbierając krótko odpowiedź na zarzut 3-i, sądzę, że lekarz wobec dzisiejszego stanowiska nauki jest obowiązany do operowania aseptycznego, albowiem zaimprowizowana operacya antyseptyczna przy pomocy płynów i naczyń nie wyjałowionych nie wiele odbiega, co do pewności zapobiegawczej chorobom przyrannym, od operacyj, wykonywanych w czasach przedantyseptycznych. Bez pomocy mego przyrządu przygotowanie w domu prywatnym warunków dla operacyi aseptycznej, posiadając nawet jeden z dotychczasowych sterylizatorów, jest nadzwyczaj kłopotliwe, trwa nie-

słychanie długo, co może mieć znaczenie nie tylko dla samej cierpliwości lekarza, lecz przedewszystkiem dla sprężystego ratowania chorych, zwłaszcza w położnictwie. Przygotowania do operacyi aseptycznej przy pomocy mego przyrządu trwają najwyżej i to w najgorszym razie 20 minut więcej, aniżeli przygotowania do zaimprowizowanej operacyi antyseptycznej. A strata czasu 20-tu minut dla lekarza i dla chorych jest bez znaczenia, wyjąwszy nagłe przypadki krwotoków, gdzie i antyseptyki zastosować nie można.

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Podał

Dr. Czesław Waligórski,

lekarz okręgowy w Rożniatowie.

I. *J. D.,* gospodarz ze Strutyna Niżnego, zgłosił się do mnie w marcu z 7-letnim swym synem, u którego stwierdziłem zmiażdżenie I i II falangi palca wskazującego ręki prawej. Ponieważ rana była w najwyższym stopniu zanieczyszczona, a pacyent gorączkował, zaproponowałem wyłuszczenie palca, na które ojciec chorego chętnie się zgodził. Po dokonanej operacyi poleciłem ojcu pacyenta, by go po trzech dniach do mnie znowu przyprowadził w celu zmiany opatrunku. Gdy jednak trzeciego dnia pacyent nie przybył, zaciekawiony jego losem odszukałem go dopiero dnia 8-go i wtedy ku memu oburzeniu zastałem mój pierwotny opatrunek usunięty, a na jego miejsce założony opatrunek... z łajniaka krowiego. Jakież jednak było moje zdziwienie, kiedy po mozolnem oczyszczeniu zmuszony byłem wziąść pensetę i nożyczki, w celu usunięcia szwów z blizny po najidealniejszym rychłozroście. Przypadek opisany dosadnie ilustruje zacofane u nas stosunki, wśród których lekarz w głuszy wiejskiej ma wykonywać swój zawód, a jednocześnie jest on ciekawy i z tego względu, że pomimo zetknięcia rany z tak nieczystemi substancyami do ropienia nie przyszło.

II. Dnia 4-go kwietnia zostałem wezwany do *E. F.*, żony pomocnika młynarskiego w Rożniatowie, w celu usunięcia popłodu, zatrzymanego po poronieniu w piątym miesiącu ciąży, które wystąpiło dwa dni przedtem, a więc 2-go kwietnia. Pacyentkę zastałem siedzącą w łóżku, nie uskarżającą się na żadne dolegliwości; tętno, ciepłota ciała były prawidłowe; — ujście zewnętrzne drożne tylko dla końca palca wskazującego, macica wielkości pomarańczy. Ponieważ krwotoku nie było, stan pacyentki był bardzo dobry, a ujście zewnętrzne drożne tylko dla końca palca, postanowiłem zachować się wyczekująco, a otoczeniu chorej zaleciłem, by mnie wezwano natychmiast, gdyby wystąpiło znaczniejsze krwawienie, lub stan chorej budził jakiekolwiek obawy. Dopiero dnia 30 maja, a więc w 9 tygodni później, zostałem wezwany do chorej z powodu nagłego krwotoku. Po przybyciu znalazłem chorą bardzo bladą, tętno było nikłe, krwotok bardzo znaczny, ujście zewnętrzne rozwarte na tyle, iż dwa palce łatwo wprowadzić było można; wszedłszy tędy nimi do jamy macicy, odkleiłem silnie przyrosłe łożysko wielkości małej pięści. Chora nie gorączkowała wcale, a 8-go dnia po dokonanym zabiegu opuściła łóżko

III. *A. M.,* gospodarz z Nowicy, zgłosił się do mnie z oznajmieniem, że przed dwoma miesiącami spadłszy ze strychu na słomę uczuł nagle silny ból w prąciu, mocz oddawał z początku krwawy i z wielkim bólem, a mniej więcej od doby już wcale go oddać nie może. Badaniem zewnętrznem żadnych zmian wykryć nie mogłem; zauważyłem tylko niezwykle szeroki, bo drożny dla końca małego otwór zewnętrzny cewki moczowej. Chcąc ulżyć pacyentowi przynajmniej chwilowo, postanowiłem wypuścić zatrzymany mocz. Przy wprowadzaniu cewnika metalowego zauważyłem mniej więcej w połowie cewki moczowej mierny opór, który jednak szybko ustąpił, — poczem wypuściłem około dwóch litrów moczu, który był z samego początku lekko krwią zabarwiony. Jakież jednak było moje zdziwienie, kiedy chcąc wyjąć cewnik natrafiłem w tylnej części cewki moczowej na tak znaczny opór, iż wyjęcie, zwłaszcza z powodu bólu, jakiego doznawał chory, było niemożliwe. Po długich dopiero próbach udało mi się nareszcie cewnik wyjąć i teraz natychmiast zagadka wyjaśniła się. W cewniku tkwiło źdźbło słomy, a z okienka cewnika wystawał rozłupany jej kawałek, który to odszczep, pierwotnie ku górze zwrócony, opierał się o błonę śluzową cewki i nie pozwalał na wyjęcie cewnika; po kilkunastu dopiero pociągnięciach, skutkiem zwiotczenia, zwrócił się ku dołowi, a wtedy i cewnik bez trudności dał się usunąć, wydobywając równocześnie i ciało obce z cewki moczowej, o którego obecności tamże nawet nie wiedziałem.

IV. *B. S.* z Rożniatowa, lat 20 licząca, silnie zbudowana, pierworódka, urodziła dnia 12 września b. r. w południe dziecko płci męskiej (długość ciała 49 ctm., obwód główki 34 ctm., obwód klatki piersiowej 34 ctm., waga ciała 3·5 klgr.). Ponieważ obecna przy tem położna stwierdziła poród bliźniaczy, a czynność porodowa zbyt się przeciągała, zostałem wezwany o godzinie 7-mej wieczór, w celu udzielenia pomocy. Zastałem główkę drugiego płodu ustaloną z wytworzonem dość znacznem przedgłowiem, bóle porodowe rzadkie i bardzo leniwe. Założyłem kleszcze i po pięciu kwandransach wyjąłem dziecko płci męzkiej (dł. c. 49 ctm. ob. gł. 34·5 ctm., ob. kl. p. 34 ctm. w. c. 3·6 klgr.), omdlałe, które po kilku oddechach umarło. Po urodzeniu się dziecka drugiego wystąpił dość znaczny krwotok; wprowadziłem więc rękę, by łożysko usunąć, i wtedy natrafiłem na ustalającą się główkę płodu trzeciego. Po ustaleniu się główki krwotok ustał; gdy jednak po upływie $^1/_2$ godziny czynność porodowa nie postąpiła, a rodząca bardzo już była wyczerpaną, ukończyłem poród kleszczami, wyjmując dziecko trzecie płci mężkiej (dł. c. 47·5, obw. gł. 33·5, obw. kl. p. 33 ctm., waga ciała 3·2 klgr.). Łożysko również ręcznie usunąć musiałem. Pozostałe dwa noworodki i położnica mają się bardzo dobrze.

IV Wyciągi.

Loeffler. **Nowy sposób leczenia raka.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1901, Z. 42). Na ostatnim Zjeździe przyrodników i lekarzy niemieckich w Hamburgu podał Loeffler z Gryfii śmiałą myśl bezkrwawego leczenia raka, opartego na czysto teoretycznych wywodach. Przeprowadzając badania nad zimnicą pod względem historycznym, wyczytał autor w dziele Trki z końca XVIII wieku o znikaniu guzów rakowych po przebyciu zimnicy. Zestawiwszy tę wzmiankę z próbami leczenia raka zapomocą szczepienia chorób zakaźnych, jak róża, a nawet gruźlica, oraz fakt rzadkiego pojawiania się raka w krajach gorących, nawiedzanych głównie przez zimnicę, nasuwa Löffler przypuszczenie, że zimnica występuje tu niejako w roli leku swoistego i zapobiegającego rozwojowi raka. Jakkolwiek więc autorowi służą tylko daty historyczne na poparcie jego twierdzenia, to jednak przyznać należy, że żądanie jego, by w zakładach klinicznych szczepiono zimnicę u osób, dotkniętych rakiem, jest usprawiedliwione, temwięcej, że w razie wystąpienia nawet silnych objawów gorączki zimniczej, zwalczyć ją zawsze możemy zapomocą chininy, a zatem nie ryzykujemy, jakby to miało miejsce przy szczepieniu róży lub gruźlicy.

Przyszłość pokaże, o ile sprawa wyleczalności raka jest blizką rozwiązania, lub też, czy nas czeka jeszcze jedno rozczarowanie.

Dr. L. Berger.

C. Gibbes. **Różne pochodzenie szmeru przedskurczowego u koniuszka serca.** (*The Lancet*, 8 czerwca 1901 roku). Przypuszczenie, iż szmer przedskurczowy jest objawem znamiennym dla zwężenia ujścia żylnego lewego, zostało zachwiane po raz pierwszy przez Flinta, który zwrócił uwagę na istnienie takiegoż szmeru w niedomykalności zastawek aorty, a nekroskopia potwierdziła brak zwężenia ujścia żylnego w tym przypadku.

Następne badania wykazały, że i w innych warunkach chorobowych szmer przedskurczowy bywa słyszalny u koniuszka serca

i jest tak podobny do tego, który słyszy się zwykle w zwężeniu ujścia żylnego lewego, iż rozpoznanie dokładne cierpienia staje się bardzo trudne, a nieraz wprost niemożliwe.

Autor roztrząsa krytycznie warunki powstawania różnych szmerów przedskurczowych i dochodzi do wniosku, że mogą one powstawać w następujących cierpieniach: 1) w zwężeniu ujścia żylnego lewego; 2) w rozszerzeniu ujścia żylnego lewego przy zastawkach i strunach prawidłowych; 3) przy otworze żylnym zwykłych rozmiarów, lecz nierównych brzegach zastawek; 4) w niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty, mianowicie: *a*) przy ujściu i zastawkach prawidłowych, b) przy rozszerzonem ujściu żylnem lewem, lecz zastawkach i strunach prawidłowych; *c*) przy rozszerzeniu ujścia żylnego i zgrubieniu strun i zastawek dwudzielnych.

Autor jest zdania, że przy zwężeniu ujścia żylnego istnieje częściowy brak współczesności w działaniu komórek, i co za tem idzie, słyszalność dźwięków mięśniowych w czasie rozkurczu. Rozpatrując pochodzenie szmeru przedskurczowego przy nieobecności zwężenia ujścia żylnego, autor podaje dwa warunki, zwykle istniejące: 1) przerost mięśnia sercowego i następcze wzmożenie dźwięków mięśniowych; 2) zaburzenie w wyrównaniu, wywołujące częściowy brak współczesności i słyszalność dźwięków mięśniowych w czasie rozkurczu; natężenie szmeru przedskurczowego bywa różnem, zależnie od stopnia przerostu serca. *St. Rudzki*

R. Kirton. **Karmienie chorych na błonicę.** (*The Lancet*, 15 czerwca 1901 r.). Karmienie chorych na błonicę jest sprawą pierwszorzędnej wagi, a to głównie z powodu częstych trudności, jakie nastręcza wprowadzanie pokarmu przez usta, bądź wskutek niemożności połykania (ból, obrzęk gardła i t. d.), bądź uporczywego odbijania się lub zwracania, bądź też wreszcie dostawania się jadła do krtani.

We wczesnych okresach błonicy najlepszym pokarmem jest mleko, czyste lub rozprowadzone n. p. kleikiem jęczmiennym i t. p., lub wreszcie mleko zgęszczone; można je podawać w stanie gorącym i zimnym. Dzieci wolą ocukrzone. W przypadkach średniej ciężkości błonicy podaje się co 3—4 godziny, po 120—150 grm. na raz z kleikiem, w stosunku 1: 3 części mleka; w przypadkach ciężkich co 2 godziny po 60 grm. Dorosłym dodaje się do mleka dla smaku herbaty, kawy, lub kakao. Dopóki błony utrzymują się, karmienie jest łatwe; przy odrywaniu się ich natomiast połykanie staje się bardzo bolesne i trudne; przy przebiegu pomyślnym choroby — przejść można prędko do zwykłych pokarmów, byle lekkich i pożywnych.

Przy odbijaniu się należy karmić dzieci bardzo wolno i nie pozwalać im samym jeść; jeżeli to nie pomaga, należy wszelkie płyny rozmaitymi dodatkami zagęścić. Jaja można próbować, jeżeli chory ustrój je przyswaja; nawet przy odbijaniu się dzieci często mogą połykać połykać jaja nieco ścięte.

Przy wystąpieniu uporczywych wymiotów należy zmniejszyć ilość podawanego pokarmu, a ograniczyć się do peptonizowanego mleka co godzina po 30 grm., lub nawet mniej. Jeżeli wymioty nie ustają, należy przejść do innych sposobów karmienia; jeśli zaś chory znosi dobrze mleko, trzeba powiększać stopniowo jego ilość, a potem zastąpić peptonizowane zwykłem. Zauważyć należy, że niektórzy chorzy, którzy wymiotują mleko peptonizowane, zatrzymują dobrze wodę, sok mięsny, białko, jaja. Wymioty najczęściej towarzyszą ciężkim przypadkom; należy tedy takich chorych zawczasu wzmocnić: prócz mleka podawać beef-tea, sok mięsny, jajka z wódką i mlekiem, (autor poleca mięszankę z jednego jaja, trochę drobnego cukru, 15 grm. wódki, i do 60 grm. mleka, i każe w ciągu półlub jednej doby spożyć małymi łykami). Wyskok sam przez się źle bywa znoszony i wywołuje wymioty.

Gdy przez usta karmić nie można, pozostaje wprowadzenie pokarmów przez nos cewnikiem lub strzykawką podskórnie.

Karmienie przez nos jest wskazane w następujących okolicznościach: 1) niemożność połykania wskutek odbijania się; 2) przy krztuszeniu się wskutek dostawania się pokarmu do krtani (szczególnie po tracheotomii); 3) przy wymiotach, jeśli te występują w czasie wprowadzania strawy przez usta i ustają przy karmieniu przez nos; 4) przy wyczerpaniu się chorego wskutek wysiłku, połączonego z połykaniem przez usta; 5) wreszcie, gdzie na przeszkodzie stoją pobudki psychiczne; jak uporczywe odtrącanie pokarmu.

Do karmienia przez nos używa się miękkiego cewnika kauczukowego; rzadko zachodzi potrzeba zastosowania twardego. Karmienie odbywa się przeciętnie co cztery godziny. Używa się głównie mleka, około 120 grm. na raz (dla dziecka 3—4-letniego); przed użyciem należy pokarm przecedzić, odmierzyć i ogrzać. Jeżeli wystąpią wymioty, czasem udaje się je jeszcze usunąć przez zmniejszenie ilości jedzenia lub przerzedzenie częstości podawania; — gdy pomimo tego nie ustają, — należy przystąpić do karmienia odżywczemi lewatywami.

Wprowadzanie pokarmów przez odbytnicę jest wskazane: 1) przy wymiotach; 2) gdy wprowadzenie cewy przez nos jest dla jakichkolwiek przyczyn połączone z wielkiemi trudnościami; 3) przy szkodliwym wpływie karmienia przez nos na stan psychiczny chorego (obawa, pasowanie się z karmiącym i t. d.); 4) przy krwotoku nosowym, wywoływanym przez akt wprowadzenia cewy. Pokarm wprowadza się do odbytnicy przez lejek i kauczukową cewę; wlewa się do jelita na mocy własnego ciężaru; baloników należy unikać, gdyż trudno miarkować ciśnienie i pokarm trudniej zatrzymuje się w jelicie.

Podaje się przez odbytnicę głównie mleko peptonizowane (dzieciom małym od 60 do 120 grm. co cztery godziny). Jelito należy przepłókać codziennie. Biegunka stanowi najprzykrzejsze powikłanie tego spo obu odżywiania: zmniejszamy wtedy ilość wprowadzanego pokarmu, lub częstość stosowania; czasem pomaga zupełne przerwanie karmienia przez odbytnicę na krótki czas: usuwamy również w takich razach składniki drażniące bł. śluzową (n. p. wyskok); gdy to nie pomaga, należy zastosować lewatywę z krochmalu z dodaniem nalewki makowcowej.

Przy pomyślnych warunkach udaje się to karmienie chorych przez odbytnicę po parę tygodni i dłużej (nawet do 7-miu tygodni).

Jeżeli jednak chorzy na błonicę cierpią na wymioty i biegunkę, należy spróbować wstrzykiwań podskórnych jałowej surowicy końskiej (lub rozczynu soli kuchennej). Surowicy wystarczy od 20 do 40 ctmtr. sześc. na dobę. Sam autor na podstawie własnego doświadczenia zachwala wstrzykiwania surowicy końskiej: jedynem przeciwwskazaniem jest wystąpienie wybroczyn na miejscu ukłócia; autor jednak nie spostrzegał tych powikłań i zresztą żadnych szkodliwych następstw tej metody żywienia. *St. Rudzki.*

A. E. Porter. **Wstrzykiwanie ochronne surowicy przeciwbłoniczej.** (*The Lancet*, 22 czerwca 1901 r.). Autor opisuje spostrzeżenia, poczynione na 24 rodzinach, w łonie których były przypadki błonicy i z tego powodu większości zdrowych członków tych rodzin wstrzykniętą została surowica przeciwbłonicza w celu zapobiegawczym. Wyniki okazały się nadzwyczaj pomyślne: z liczby 136 zaszczepionych zachorowała na błonicę zaledwo jedna osoba. Należy uwzględnić, że autor miał do czynienia z ludnością ubogą, wśród której wszelkie odosobnienie chorych było niemożliwe. Natomiast z 8-miu osób niezaszczepionych ochronnie, zachorowało na błonicę.

Wyniki przytoczone występują jeszcze jaskrawiej, gdy porównamy je z historyą innych 24 rodzin, wśród których wystąpiła błonica jeszcze przed wprowadzeniem wstrzykiwania zapobiegawczego tu z 125 członków zachorowało na błonicę następowo 21, zakaziwszy się najniezawodniej od osób, które pierwsze na błonicę zapadły.

Co się tyczy ilości surowicy przeciwbłoniczej, niezbędnej do wywołania odporności, zdania autorów różnią się: używano od 300 do 1000 jednostek. P. wstrzykiwał z powodzeniem nie więcej nad 500 jednostek; w tej ilości surowica niema żadnych ubocznych następstw, jeżeli tylko wstrzykuje się ją między łopatki lub w uda; natomiast jeżeli wybierzemy do wstrzyknięć kończyny górne, to wystąpi silne podrażnienie, miejscowy stan zapalny, obrzęk, (bóle, oraz utrudnione ruchy w stawach).

Po wstrzykiwaniu surowicy przeciwbłoniczej zwykle występuje nieznaczne podniesienie ciepłoty, czasami ogólne niedomaganie i nudności; trwa to nie dłużej nad pierwsze 24 godzin. Na miejscu ukłócia pozostaje pewne zadrażnienie, trwające parę dni.

Zauważyć przytem należy, że w tych razach, w których zapobiegawcze wstrzyknięcie surowicy przeciwbłoniczej zostało zastosowane u osób, które już były zakażone błonicą, to objawy kliniczne błonicy zwykle nie występują, ale pomimo to chorzy tacy są zaraźliwi dla otoczenia tak długo, jak długo dają się wykryć laseczniki błonicze w jamie ust i gardzieli. *St. Rudzki*

Prof. Brauab (Klausenburg). **O kamicy.** (*Die Heilkunde* Nr. 10, 1901). Jedną z najgłówniejszych przyczyn, która także bez wybitnej skazy moczanowej sprowadzić może wytworzenie się kamieni moczowych, są ciała (lub też inne substancye o podobnych im własnościach), znajdujące się w drogach moczowych: odłamki zgłębników, cewników, zęby lub włosy, które się dostały do pęcherza z pękniętych tamże torbieli skórzastych (*cystis dermoidalis*), resztki brodawczaków (*papilloma*), — wszystko to może być jądrem, dokoła którego tworzą się kamienie moczowe; u dzieci zaś, jak to Virchow wykazał, bywają takiem jądrem zawały nerkowe kwasu moczowego. U osób starszych kamienie moczowe są często następstwem niedomogi pęcherza, zwężeń cewki moczowej, przerostu gruczołu krokowego, a stojące w związku przyczynowym z temi cierpieniami nieżyty pęcherza są jedynie okolicznością sprzyjającą; — nadmienić jeszcze wypada, że wpływy dziedziczności i gośćca stawowego z zupełną bezwzględnością zaprzeczyć się nie dadzą.

Z znamiennych objawów kamicy zasługuje na szczególniejszą uwagę częste i bolesne oddawanie moczu, zawisłe w wysokim stopniu od wielkości kamienia i od gładkości jego powierzchni; wstrząśnienia ciała, jak bieganie, jazda konna i t. p. zwiększają bolesność. Często się u takich chorych zdarza, że promień odchodzącego moczu zostaje nagle przerwany i kropelkami się sączy, a dopiero przestępowaniem z nogi na nogę zdoła chory moczenie dokończyć; pochodzi to ztąd że kamień, leżąc przed wewnętrznem ujściem cewki, zapiera wolny odpływ moczu; — ruchy wstrząsające usuwają go ztamtąd. Prócz tych wskazówek przyczynia się jeszcze do rozpoznania kamicy badanie przez kiszkę stolcową, pochwę, zapomocą zgłębnika i wreszcie zapomocą cystoskopii. Rokowanie i przebieg tego cierpienia bywają rozmaite; samoistne wyleczenie, — nie licząc wolnego odejścia drobnych kamyków, — bardzo rzadko występuje. Leczenie polega w pierwszym rzędzie na podawaniu alkaliów w postaci wód mineralnych (Karlsbad, Vichy, Ems, Bilin i t. p.) i to tembardziej, ponieważ wiadomo powszechnie, że nadmiar kwasoty moczu wielce się przyczynia do osadzania kwasu moczowego i soli moczanowych; dyeta więcej roślinna, a alkohole są wzbronione. W przypadkach uraturyi, oksaluryi i cystynuryi zaleca autor: Rp. *Natrii phosphorici*, *Natrii bicarbonici aa* $45_{,00}$ *Lithii carbon.* $10_{,00}$ *Mpf. D. ad scatul. S. dwa razy dziennie* $^1/_2$ *łyżki na* $^1/_2$ *szklanki wody*. Wielkie i twarde kamienie moczowe dadzą się usunąć tylko drogą operacyjną. *Dr. Henryk Pisek.*

Reuter. **Zmiany anatomiczne u powieszonych i strangulowanych.** (*Zeitschr. f. Heilk.* T. XXV, Z. 4). Opierając się na wynikach sekcyi w wiedeńskim zakładzie sądowo-lekarskim i na własnych badaniach, dochodzi R. do wniosku, że można na podstawie danych anatomicznych rozróżnić powieszenie od strangulacyi, a to mianowicie przez zestawienie kilku dość znamiennych cech. I tak u strangulowanych napotyka się najczęściej sinicę twarzy, wybroczyny na powiekach i pod spojówkami, u wisielców sinicy twarzy zwykle niema, a wybroczyny są rzadsze. Dalej mózg i opony są u strangulowanych zwykle przekrwione, u wisielców zdarza się to rzadziej. Podobnież wybroczyny w mięśniach szyi są u strangulowanych bardzo częste, u wisielców rzadkie; odwrotnie zaś u powieszonych częste są złamania kości gnykowej i chrząstek krtani, czego u strangulowanych prawie się nie spotyka; nigdy też jeszcze nie napotkano u nich pęknięć błony wewnętrznej tętnic szyjnych, zdarzających się niekiedy w przypadkach powieszenia. *Z.*

Hryntschak. **O fosforze z tranem i o leczeniu fosforem.** (*Archiv für Kinderheilkunde* T. XXXII, Z. III i IV). Celem tej pracy jest zwalczanie leczenia krzywicy zapomocą fosforu, zalecanego przez Kassowitza. Badania autora wykazały, że w przypadkach krzywicy, rzekomo wyleczonych fosforem, w flaszeczce fosforu wykazać nie było można, albo też fosfor początkowo był, a następnie się ulatniał pod wpływem ciepła i światła słonecznego tak, iż ostatnie łyżeczki zawierały tylko śladzik fosforu. (Obecność fosforu wykazywał autor w następujący sposób: na szkiełko zegarkowe nalewał pół łyżeczki wody, a na to kilka kropel rozczynu tranu z fosforem i ogrzewał mięszaninę w ciemnym pokoju do wrzenia, przyczem na brzegu szkiełka występowały niebieskawo białe pierścienie, utrzymujące się kilka sekund do pół minuty). Również niekorzystnie, powiada H., działa tran, podawany przez Kassowitza, gdyż dzieci tracą łaknienie, dostają rozwolnienia i niechętnie go zażywają. Odmawia wreszcie ten autor fosforowi wpływu na przebieg choroby, popierając swoje twierdzenie własnemi spostrzeżeniami i zbijając teoryę patogenezy krzywicy, głoszoną przez Kassowitza. *Dr. Jan Landau.*

Stamm. **O kiwaczce** (*spasmus nutans*) **u dzieci.** (*Archiv für Kinderheilkunde* T. XXXII, Z. III i IV). Autor miał sposobność spostrzegać ośm przypadków kiwaczki, z których pięć przypada na ukończony pierwszy rok życia, dwa na pierwszy rok, a jedno dziecko było w wieku $2^3/_4$ lat. Pomijając zwykłe objawy tego cierpienia, autor zwraca uwagę na to, że wszystkie dzieci te okazywały ustrój krzywiczy, i do tej okoliczności odnosi przyczynę tej kiwaczki, a mianowicie do zmian krzywiczych na czaszce, jakkolt wiek nie jest wytłómaczonem, które miejsce kory mózgowej jessiedzibą ośrodka, wywołującego drgawki, wogóle. Pod wpływem leczenia przeciwkrzywiczego objawy cierpienia ustępowały; już po ośmiu dniach leczenia fosforem drgawki słabły, a po kilku tygodniach zupełnie znikały. *Dr. Jan Landau.*

Dr. Sackur. **Żelatyna i krzepnięcie krwi.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* T. VIII, Z. 1 i 2). Doświadczenia S. wykazują, że żelatyna nie posiada zgoła własności przyspieszających krzepnięcie krwi, wylewającej się z naczyń. Natomiast posiada ona własność oddziaływania na erytrocyty, które pod jej wpływem ulegają łatwo gromadnemu zlepianiu się, a te skupienia powodują zatory w nerkach, płucach i sercu. Okoliczność ta nakazuje, aby żelatynę stosować bardzo ostrożnie i tylko w przypadkach, w których niema już nic do stracenia. *Herman.*

* * *

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Dormiol jest cieczą bezbarwną, w smaku przypomina mentol; mięsza się z wyskokiem, eterem, a również chloroformem, w wodzie trudno się rozpuszcza. Z powodu nieprzyjemnego smaku poleca się ten przetwór w kapsułkach po 0·5 grm. Jako środek nasenny podaje się dwie kapsułki. (*L'Echo Medical du Nord,* 1901). *Dr. Ig. L.*

Jodypina. O skuteczności tego środka, zastępującego związki jodowe nieorganiczne KJ. i NaJ. donosi ponownie Dr. Demetriade z Bukaresztu (*Klinisch-therap. Wochenschrift* Nr. 27, 1901). Autor stosował ten lek w dwóch przypadkach kiły drugorzędnej, podając wewnętrznie 2—5 łyżeczek 10% jodypiny dziennie, przez czas dłuższy, poczem ustąpiły towarzyszące kile przypady uboczne w jednym przypadku występujący w nocy ból głowy, w drugim zaś dychawica, a ogólny stan chorych znacznie się poprawił. Podczas podawania jodypiny nie spostrzegał autor wystąpienia zatrucia jodem, ani też żadnego działania ujemnego na trawienie; uważa on jodypinę za środek działający dobrze i skutecznie. Również Werner donosi (w *Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 7, 1901) o użyteczności jodypiny, jako środka rozpoznawczego, a mianowicie do oznaczania siły ruchowej żołądka, szczególnie w tych przypadkach, gdzie wypompowanie treści żołądka jest przeciwwskazane; również nadaje się jodypina jako wskaziciel, czy dopływ żółci i wydzieliny trzustkowej do dwunastnicy jest zmniejszony, lub też zupełnie zniesiony. *Dr. Ig. L.*

Dymal. (Salicylan dydymowy) jest proszkiem bardzo delikatnym, nieposiadającym woni, który bywa polecany, już to jako zasypka, już też w postaci 10% maści lanolinowej. Kopp stosował ten środek jako zasypkę przeciwgnilną w przebiegu leczenia pomniejszych ran ciętych i tłuczonych; rany goiły się szybko i czysto; również z dobrym skutkiem stosował dymal w postaci proszku, lub też maści w kilku przypadkach oparzenia drugiego i trzeciego stopnia. W końcu doświadczenia autora wykazały, że dymal nadaje się również z dobrym skutkiem do leczenia owrzodzeń, łuszczycy, róży i innych chorób skórnych; działanie jego nie okazało się jednak skuteczniejszem od działania innych środków, używanych w leczeniu chorób skórnych. *Dr. Ig. L.*

Crurinum (rodanek chinolino-bizmutowy). Przetwór ten, który został swojego czasu przez Mullera, Rosego i Forchheimera zbadany bakteryologicznie i klinicznie, stosowali ponownie Steiner (*Therap. Monatsh.* 1901, Nr. I), i Joseph (*Dermatolog. Centralbl.* 1900, T. 3, Nr. 9) do leczenia wrzodów podudzia z dobrym wynikiem. W tych przypadkach, gdzie bolesność wrzodów była znaczna i zwiększone wydzielanie się wypociny, stosowali autorowie najprzód okłady z rozczynem octanu glinowego i to przez dni kilka, a później dopiero zasypkę z kruryną; tam zaś, gdzie owrzodzenia były suche i ziarnina nie najlepsza, tam używano kruryny wprost jako zasypkę. Jeżeli kruryna sprawia pieczenie przy stosowaniu, natenczas radzą autorowie zapisywać ją w mięszance z mączką skrobiową w równych częściach. (*Mercks Berichte* 1901). *Dr. Ig. L.*

Chirol jest to rozczyn żywic i olejów tłustych w mięszaninie nizko wrzących eterów i alkoholów. Kossmann (*Centralbl. f. Chirurgie* 1900, Nr. 22) zalecał chirol do odkażania rąk i pola operacyjnego. W tym celu poleca, aby w zwykły sposób oczyszczoną i wyjałowioną, a następnie dokładnie obsuszoną rękę zanurzyć na kilka sekund do rozczynu chirolowego. Po wyjęciu ręki trzyma się ją celem wyschnięcia przez dwie do trzech minut do góry, poczem można przystąpić do zabiegu operacyjnego. Woda, krew, wydzieliny, rozczyny antyseptyczne, z wyjątkiem rozczynów alkalicznych, nie działają na warstwę chirolu, którą pokryta jest ręka; zbliżania się ręką do płomienia odsłoniętego należy unikać. Po operacyi warstwę chirolu zmywa się wyskokiem. (*Mercks Ber.* 1901). *Dr. Ig. L.*

Dr. Dirmoser. **Uporczywe wymioty u ciężarnych.** (*Deutsche med. Zeitschrift* Nr. 70, 1901). Leczenie tej dolegliwości musi mieć na względzie usunięcie, a przynajmniej zmniejszenie nagromadzonych w ustroju jadów (toksyn). Radzi więc D. zaniechać środków wewnętrznych, a poprzestać na przepłókiwaniu jelita wysokiemi wlewaniami z soli kuchennej, a żołądka rozczynami dwuwęglanu sodowego. Odżywianie odbywa się przez lawatywy odżywcze, dwa razy dziennie, składające się z $^1/_4$ litra mleka z dodatkiem żółtka, somatozy, albo wina. Dopiero, gdy wymioty nie pojawią się najmniej przez 24 godzin, przystępuje D. ostrożnie i pomału do odżywiania drogą naturalną. *Dr. Flis.*

Dr. K. Manasse. **Asterol, jako lek odkażający.** (*Therap. Monatshefte* VII, 1901). Zachęcony spostrzeżeniami Steinmanna, Karchera, Bentrupa i Friedländera, używał M. asterolu w chirurgii i przekonał się, że przetwór ten nietylko dorównywa innym środkom przeciwgnilnym (sublimat, karbol, lyzol), ale nawet posiada niektóre większe od nich zalety, mianowicie bezwonność (w przeciwieństwie do karbolu i lyzolu), nie mąci się i nie jest oślizły (lyzol); wreszcie nie uszkadza narzędzi (sublimat). Poleca zatem M. asterol jako lek odkażający i przeciwgnilny. *Dr. Flis.*

Jean Carré. **Przyczynek do badania klinicznego własności przeciwgorączkowych aspiryny.** (*Thèse. Paris*, 1901). Autor badał w szpitalu „de la Pitié" w Paryżu działanie aspiryny, szczególnie jej własności przeciwgorączkowe i na podstawie własnych i Renonsa spostrzeżeń przychodzi do następujących wniosków: Aspiryna ma wybitne własności przeciwgorączkowe, a główne jej działanie jest potne i moczopędne. W niektórych razach, np. w gorączce trawiącej, skutek jest przemijający, w innych, np. w gorączce gośćcowej, — trwały. Wpływ na gorączkę chorych na gruźlicę jest niezaprzeczony, stosować jednak aspirynę należy o tyle, o ile stan chorego na to pozwala, oraz gdy leczenie higieniczne okazało się bez skutku. Aspiryna działa szybko, energicznie i jest nieszkodliwą.

Dr. D. T. Kyner stosował **aspirynę** z dobrym skutkiem w połączeniu z chininą i heroiną podczas epidemii grypy w New Yorku, wśród której występowały na pierwszy plan bardzo silne bóle nerwowo-mięśniowe.

Rp. *Aspirini* . . . . *0·30*
Chinini sulf. . . . *0·12*
Heroin. hydrochlor. *0·005.*
S. Co 3 godziny proszek w opłatku.

Obok tego podawał 2 razy dziennie jako lek przeczyszczający po ½ proszku seidlickiego. (*Journal of Medecine and Surgery* Nr. 8, 1901). *Dr. Flis.*

Dr. E. Cutter zachwala **Aristol** w pochwicy. (*The Medical Bulletin* Nr. 5, 1901). Według autora pochwica (vaginismus) jest cierpieniem, którego podstawą musi być jakaś miejscowa zmiana w macicy. Do trwałego usunięcia pochwicy niezbędnem jest zatem usunięcie podstawy. A gdy dostanie się do macicy natrafia z powodu przeczulicy pochwowej na niepokonalne trudności, przeto najłatwiej jeszcze usuwa się choroba zapomocą kołaczyków aristolowych, które na krótszy lub dłuższy czas wprowadza się do pochwy. *Dr. Flis.*

Prof. Schulze. **W sprawie leczenia wąglika.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 40, 1901). U 48-letniego robotnika rozwinął się wąglik, objawiający się owrzodzeniem tuż poniżej samej powieki z następowem nader silnem obrzmieniem powiek i całej twarzy — tak, że chory nie był w stanie wogóle szpar ocznych otworzyć. Zakażenie ogólne było w takiej mierze, iż zdawało się, że lada chwila nastąpi zajście niepomyślne. Z uwagi na wielkość owrzodzenia, na jego umiejscowienie i obrzęk, nie chciał autor wykonać ryzykownego — w tym przypadku — zabiegu chirurgicznego, lub wypalenia, lecz ograniczył się jedynie do okładów sublimatowych (1: 1000) z 70% roztworu alkoholu, — wewnętrznie podawano chininę 0·30 co trzy godziny, a naftalinę (0·30) kilka razy dziennie przeciwko rozwolnieniu. Po trzech tygodniach nastąpiło zupełne wyleczenie. *Dr. Henryk Pisek.*

Fuchs. **Kilka uwag o leczniczej wartości acetopiryny.** (*Wiener klin. Rundschau* Nr. 39, 1901). Acetopiryna przedstawia się jako biały proszek krystaliczny, lekko słony, trudno rozpuszczalny w wodzie zimnej i eterze, łatwo natomiast się rozpuszcza w wodzie ciepłej i wyskoku. Działanie swoje rozwija w trojakim kierunku: *a)* jako środek przeciwgośćcowy, *b)* przeciwgorączkowy, i *c)* przeciw nerwobólowy; w pierwszych dwóch okolicznościach działa na mocy swego składu chemicznego (kwas salicylowy i antypiryna), a co się tyczy trzeciego, to doświadczenie uczy, że każdy prawdziwy lek przeciwgorączkowy wpływa także kojąco na układ nerwowy.

Autor stosował acetopirynę w 64 przypadkach chorobowych i na tej zasadzie wysnuwa następujące wnioski: 1) w przypadkach ostrego gośćca stawowego jest acetopiryna taksamo lekiem swoistym, jak salicylan sodowy i inne pochodne kwasu salicylowego; 2) przewyższa inne przetwory salicylowe tem, że nie wywołuje żadnych działań ubocznych i dlatego należy tym środkiem rozpocząć leczenie gośćca; 3) acetopiryna, podawana w chorobach gorączkowych w ilości 1-go grm., obniża szybko ciepłotę ciała — i obniżenie to utrzymuje się 4—6 godzin, przyczem także i stan podmiotowy chorego znacznie się poprawia; 4) także i w przypadkach nerwobólów osiągnięto bardzo dobre skutki. *Dr. Henryk Pisek.*

Hünerfauth. **O objawach zatrucia po użyciu aromatycznej gliceryny.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 28, 1901). Celem usunięcia zatwardzenia wstrzyknął sobie autor do kiszki stolcowej 5 grm. gliceryny. W kilka godzin później wystąpiło bicie serca, zawrót głowy, omdlenie, duszność i obfite moczenie. Tesame objawy powtórzyły się w kilka tygodni potem przy ponownem wstrzyknięciu, skutkiem czego podejrzenie skierowało się na glicerynę. Bliższe zbadanie stwierdziło, że przyczyna tego niewątpliwego zatrucia tkwiła w wyciągu konwalii majowej, który dla zapachu był dodany do gliceryny. *Dr. Pisek.*

* * *

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 30 października 1901.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto bez zmiany.

II. Kol. prof. Wachholz zażądał głosu w sprawie referatów z prac polskich, przesyłanych do roczników Virchowa-Hirscha. Na wniosek przewodniczącego uznano przemówienie to za poufne, a sprawę, poruszoną przez kol. prof. Wachholza, zgodzono się jednomyślnie odesłać do Komitetu.

III. Kol. prof. Nowak miał wykład (jako doniesienie tymczasowe) na temat: Etyologia poronień nagminnych u bydła rogatego.

Występowanie nagminne poronień w oborach nasuwało oddawna przypuszczenie, że przyczyną jego jest zakażenie swoistym drobnoustrojem, tem bardziej, że dwu lub trzykrotne poronienie uodparniało zwierzęta na przyszłość od poronień. Sprawę zbadania przyczyny tych poronień podjął Bang i udało mu się wyosobnić drobnoustrój, który stale we wszystkich badanych przez siebie przypadkach znachodził (*bacillus abortivus*). W jaki sposób przenosi się zakażenie, niewiadomo. Bang przypuszcza, że samce przenoszą zakażenie na samice przy stanowieniu za pomocą członka; w ten sposób zaraza szerzy się na wielką ilość samic, coby kazało przypuszczać, iż drobnoustrój ten przebywa stale w pochwie.

W Galicyi poronienia takie przydarzają się również nagminnie, co posłużyło prelegentowi do zajęcia się bliższem zbadaniem tej sprawy. Płody, przesłane prelegentowi do zbadania, były nieżywe, jakkolwiek przydarza się czasem, że rodzą się żywe, — jednak wkrótce zdychają. Przy sekcyi tych płodów zwróciły uwagę prelegenta zmiany, występujące stale w przewodzie pokarmowym przy obecności w jelicie cienkiem obfitej ilości treści płynnej, żółtawej, która obok znacznej ilości ciałek wypocinowych i całego szeregu drobnoustrojów, zawierała także prątek, powtarzający się stale we wszystkich tego rodzaju przypadkach. Ten ostatni, według doświadczeń prelegenta znachodzi się stale i we krwi zwierząt poronionych i na powierzchni tak płodów, jak i błon płodowych. W ciepłocie pokojowej rozwija się dobrze na żelatynie, na której powstają charakterystyczne kolonie. Najlepiej rozwijają się one w miernym dostępie powietrza. Zawiesina bulionowa, wstrzyknięta do pochwy kotnych samic królików, świnek i myszy, dalej wstrzykiwanie pod skórę, jak również wstrzykiwanie toksyn tego prątka, wywołuje stale po kilku dniach poronienie u tych zwierząt, przyczem samice nie okazują stanu chorobowego, jak również ich części rodne. Prelegent ma zamiar, w razie przyznania mu odpowiedniej dotacyi, przeprowadzić szereg doświadczeń u bydła rogatego, a z wyników zda w swoim czasie sprawę.

W dyskusyi kol. prof. Rosner zwraca uwagę, że przyczyną poronienia może być albo obumarcie płodu z następowem wydaleniem go, jako ciała obcego, — albo też samo podrażnienie macicy i zapytuje prelegenta, celem rozstrzygnięcia przyczyny poronienia, jakie zauważył zmiany pośmiertne na płodach. Kol. prof. Wachholz zwraca uwagę, że sprawa ta w przyszłości może mieć znaczenie nawet i dla ludzi; gdyby się okazało, że toksyny tego drobnoustroju wywołują poronienie u ludzi, to rzecz ta byłaby ważną tak dla klinicystów, jak i dla medycyny sądowej.

Kol. Rosnerowi prelegent odpowiada, że prócz zmian w jelitach, innych nie zauważył; zresztą pytanie to możnaby dopiero rozstrzygnąć po przeprowadzeniu szeregu doświadczeń i spostrzeżeń na większych zwierzętach.

IV. W końcu kolega dr. Surzycki miał obszerny odczyt, nienadający się do protokolarnego streszczenia, o środkach sercowych

i ich działaniu. Omówił najpierw działanie naparstnicy, z przytoczeniem zapatrywań obcych i własnych, a dalej działanie *Tinc. strophanti, Tinct. convalariae, adonis vernalis, hellebor., sparteiny i kofeiny.*

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Władysław Żydłowicz, sekretarz doroczny.

VII. III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, 1901.

Zestawił

Dr. P. Kučera.

(Ciąg dalszy).

Sekcya stomatologiczna.

1. Prof. E. Nessel (Praga). **O architektonice szczęki ludzkiej. Wpływ mięśni żuchwowych na rozwój żuchwy i na uszeregowanie zębów. Wpływ przedwczesnego wyrywania zębów na ich ustawienie i o zmianach w szczęce po wyrwaniu zębów.** Kamieniem węgielnym w architektonice szczęki są pierwsze górne zęby trzonowe: na ich korzonkach zewnętrznych opierają się wyrostki jarzmowe. Korzenie zaś wewnętrzne dźwigają sklepienie podniebienia. Górne zęby trzonowe znowu spoczywają, w razie zbliżenia obu szczęk, na zębach trzonowych dolnych. Dlatego też wyjęcie dolnego lub górnego zęba narusza równowagę w budowie: okolica wyrostka jarzmowego staje się płaska, łuk szczęki zmniejsza się i następuje skrócenie oblicza w kierunku prostopadłym. Jeżeli wyrwano oba zęby, to następuje wyraźna asymetrya twarzy. Mięśnie żuchwowe są niejako bokami twarzy, których podstawa krótsza łączy ich przyczepy na szczęce, dłuższa zaś przebiega przez miejsca przyczepów na kości jarzmowej. Ujmując w ten sposób szczękę, mięśnie te wywierają znaczny wpływ na jej kształt, co zwłaszcza uwydatnia się w przypadkach krzywicy. Wyjęcie kłów ułatwia, jak wiadomo, rozwój zębów za nimi idących; również i próchnienie zębów mlecznych ułatwia przerzynanie się zębów następnych i to nawet więcej, niż wyjęcie ich. Znane ustawienie zabłąkanych małych zębów trzonowych powstaje według N. wtedy, jeżeli przez wyrwanie pierwszego zęba trwałego i usunięcie mlecznych zębów trzonowych powstaje nadmiar miejsca. Utrata tych ostatnich dwóch rodzajów zębów zatrzymuje oprócz tego rozwój małych trwałych zębów trzonowych, ponieważ wtedy obie szczęki przystają do siebie szczelnie. Jako główną podstawę w dentystyce tak operacyjnej, jak i leczniczej, stawia N. zasadę absolutnej symetryi, ażeby nienaruszyć proporcyi twarzy. Autor zwraca wreszcie uwagę na to, że już przy małych stopniach niesymetryi ludzie nie trzymają głowy prosto, lecz ją nachylają w stronę dotkniętą. Zanim więc klinicysta przystąpi do wyjaśnienia asymetryi twarzy następstwem jakiejś choroby nerwowej, powinien wykluczyć możliwość powstania jej z powodu nieprawidłowości szczęki.

2. Dr. Zbořil (Prerov). **Leczenie przetok zębowych.** Prelegent twierdzi, że nawet dobry chirurg często leczy nieodpowiednio przetoki te i przytacza przypadek, w którym wyskrobywano bezskutecznie zewnętrzną przetokę na brodzie przez 8 lat. Poleca gorąco leczenie zachowawcze próchniejących zębów i korzonków, jako będących przyczyną przetok. Na dwie rzeczy trzeba także zwracać uwagę: przedewszystkiem należy uczynić zupełnie dostępną jamę miazgi zębowej, w celu dokładnej dezinfekcyi, oraz trzeba otworzyć dostatecznie otwór szczytowy, ażeby módz przetokę wystrzykiwać.

3. Dr. E. Šubrt (Něm. Brod). **O ubytkach szczęk po zabiegach operacyjnych i ich protezach.** Prelegent wylicza choroby szczęk, z któremi lekarz-dentysta najczęściej ma do czynienia i które wymagają zabiegu chirurgicznego. W dalszym ciągu demonstruje odlewy gipsowe ubytków, powstałych wskutek zabiegów operacyjnych i modele protez kauczukowych, obmyślonych w celu uzupełnienia ubytków.

4. Dr. Jesenský (Praga). **O odporności jamy ustnej wobec zakażenia.** Rany w jamie ustnej goją się z reguły bardzo dobrze, pomimo licznych drobnoustrojów, zamieszkujących na błonie śluzowej. Fakt ten tłómaczy Miller specyalną odpornością tkanek jamy ustnej wobec drobnoustrojów. Florain i Sanarelli dopatrują przyczynę w przeciwgnilnem działaniu śliny, a Hugenschmidt w fagocytozie ciałek białych. Zdaniem autora zjawisko to jest dziełem pewnych tylko drobnoustrojów, żyjących w jamie ustnej (*leptothrix inom., spirochaete dent., jodococcus vag.* itd.). Na podstawie doświadczeń swoich autor sądzi, że drobnoustroje te koniecznie potrzebują do życia produktów innych bakteryj i że działają zgubnie na wyżej wymienione bakterye.

5. Dr. Vostrčil (Král. Vinohrady). **Dawniejsze a dzisiejsze wyrywanie zębów.** W zestawieniu historycznem przedstawia prelegent rozwój i rozmaite sposoby wyjmowania zębów aż do naszych czasów, demonstrując zarazem odpowiednie rysunki i narzędzia.

6. Dr. Zbořil (Přerov) demonstruje kilka rzeczy z zakresu techniki dentystycznej: *a)* poprawki na zębach czopkowych; *b)* nowy rodzaj zębów czopkowych z cyny; *c)* metalowe korony; *d)* kauczukowe protezy według Rosego z modyfikacyą własną. Zapomocą tej ostatniej metody można dojść do tego, że górna płytka protezy będzie nadzwyczaj szczelnie przylegać do podniebienia, grubość jej będzie jednostajna, przytem będzie ona bardzo lekka i posiadać będzie zaznaczone nietylko fałdy podniebienia, lecz i od strony języka.

7. Dr. A. Wachsmann (Praga). **Modyfikacya protez złotych.** Zarzucono protezom złotym, że nie przylegają tak szczelnie do podniebienia, jak protezy kauczukowe. Przy grubości bowiem, jaka jest konieczną dla płytki górnej, niemożliwem było osiągnąć na tej płytce ścisłych zarysów podniebienia. Obecnie robi się płytki te z dwóch cieniutkich blaszek złota (jednej dolnej miękkiej, drugiej górnej, twardej), z których każdą z osobna odciska się i następnie zespaja w jedną. Prelegent demonstruje protezy złote z otworem według własnego pomysłu. Są one lżejsze, mniej zawadzają, gdyż język może dotykać się podniebienia i mniej potrzebują materyału. Następnie opisuje W. sposób przyrządzania metalowych „matryc“ (z metalu łatwo topniejącego) do prasowania płytek podniebiennych i przedstawia sposób zespajania protezy metalowej z asbestu według własnej metody. Wreszcie przedstawia prelegent chorego po resekcyi szczęki górnej, dla którego wykonał protezę z gliny.

8. Dr. R. Faustus (Praga) opisuje sposób sporządzania zębów czopkowych, według jego metody (65% cyny, 35% srebra). Są one mocniejsze od zębów Herbsta. Zapomocą cienkiej warstewki gutaperki osadza prelegent ząb taki zupełnie szczelnie na korzonku.

9. Dr. K. Wachsmann (Praga). **O nieregularnościach w uszeregowaniu zębów i o ich leczeniu.** Ze względów praktycznych dzieli prelegent materyał na dwie gromady: 1. nieprawidłowości odziedziczone i 2. nieprawidłowości nabyte. Zboczenia odziedziczone są według licznych spostrzeżeń statystycznych właściwością narodów ucywilizowanych, jako następstwo upośledzonego rozwoju kości twarzowych wskutek nadmiernie rozwiniętej czynności mózgowej. W przypadkach konkretnych przybierają one cechę typu, przechodzącą z pokolenia w pokolenie. Leczenie nieprawidłowości tego rodzaju wymaga wielkiej staranności, bo uzębienie ma zawsze wielką skłonność do przybierania kształtu odziedziczonego. W powstawaniu nieprawidłowości nabytych główną rolę odgrywa krzywica, w szczególności jest ona przyczyną licznych przypadków symetrycznego zwężenia szczęki. Leczenie w takich razach ma daleko lepsze widoki. Zboczenia, powstałe w następstwie nieprawidłowego drugiego ząbkowania, trzeba leczyć zawczasu przez radykalne usunięcie przyczyny. Na koniec prelegent demonstruje różne, wypróbowane przyrządy do regulowania zębów i omawia specyalnie nową, dobrą metodę Auglego.

10. Dr. Vostrčil (Kr. Vinohrady) demonstruje przyrządzanie wosku do celów techniki dentystycznej.

VIII. 73-ci Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich w Hamburgu

(od dnia 22—28 września 1901).

Podał

Dr. Jan Landau.

Sekcya pedyatryczna.

(Ciąg dalszy).

12. Baginsky (Berlin): **O zapaleniu nerek płoniczem.** W ostatnich pięciu latach na 919 przypadków płonicy spostrzegał B. 88 razy zapalenie nerek. Raz wystąpiło ono już szóstego dnia, a najpóźniej 30-go dnia choroby. Stopień osutki nie stoi w żadnym związku z wystąpieniem zapalenia nerek. Zazwyczaj choroba rozpoczyna się gorączką, niekiedy zaś brak jej, lub jest tylko nieznaczne podniesienie ciepłoty. Niebezpieczeństwo grozi, jeśli ciepłota jest stale i jednostajnie podwyższona. Tętno zazwyczaj przyspieszone, bez względu na ciepłotę. Ilość moczu jest zmienna, niekiedy z początku wzmożona, później zmniejszona. Zapalenie nerek niema żadnego

związku z pierwotnym białkomoczem płoniczym. Mocz septyczny, barwy kawowo-brunatnej, jest ze względu na rokowanie niekorzystny. Rokowanie przy moczu krwawym nie jest tak złe, jak się powszechnie sądzi. Zapalenie nerek objawia się prawie zawsze słabym obrzękiem powiek; ciężki ogólny obrzęk każe atoli rokować gorzej.

Ze względu na obrzęki dzieli B. swój materyał na dwie gromady: 1) 37 przypadków nalicza z jednem spostrzeżeniem obrzęku, a należą tu przypadki, które się dostały w leczenie w pierwszych pięciu dniach płonicy; 2) druga gromada obejmuje chorych, które się później dostały w leczenie, a należy tu 30 przypadków z ciężkimi objawami obrzęku. Różnicę tę przypisuje B. leczeniu i dyecie. Mocznicę w pierwszej gromadzie stwierdzono sześć razy. Wogóle zmarło 5 z 18 mocznicowych dzieci, a jedenaścioro z 88 z zapaleniem nerek.

Dla uniknięcia obrzęków, przewlekłego zapalenia nerek i mocznicy zaleca B. czterotygodniowe leżenie w łóżku i bezwzględną dyetę mleczną przez dni 14. Przy długotrwającym białkomoczu, lub obecności krwi w moczu, podaje B. garbnik wewnętrznie. W mocznicy, przy częstem i napiętem tętnie, pijawki i upust krwi żylnej.

W rozprawach czyni uwagę Pfaundler, że zapalenie nerek niekiedy rozpoczyna się albumozuryą. Zapytuje prelegenta, jak się zapatruje na zapobiegawcze działanie terpentyny przeciw zapaleniu nerek.

Ritter zapytuje, czy właśnie lekka osutka nie usposabia do ciężkich zapaleń nerek.

Zuppinger mimo spokoju i bezwzględnej dyety mlecznej spostrzegał w ostatnim roku najcięższe zapalenia nerek.

Piza zaleca sześciotygodniowy spokój w płonicy: nie wpływa to jednak na powstawanie zapalenia nerek; to ostatnie zależy raczej od *genius epidemicus*. Sądzi również, że dyeta mleczna nie zapobiega powstaniu zapalenia nerek.

Baginsky zauważył także, że po lekkich wysypkach powstawały ciężkie zapalenia nerek. Najlepszym sposobem zapobiegawczym i leczniczym jest bezwzględna dyeta mleczna. Przy obrzęku zależnie od przypadku stosuje najrozmaitsze zabiegi wodolecznicze.

13. Zuppinger (Wiedeń): **Rzadki przypadek ciała obcego.** Z. przedstawia preparat z płuc $2^1/_2$-letniego dziecka, które w nocy zasłabło wśród objawów odmy, względnie otoku i odmy piersiowej po aspiracyi kłosu żytniego. Po 38-miu godzinach dziecko to umarło.

Holtmann widział podobny przypadek, w którym była promienica i przypuszcza, że w tym przypadku również musiała być promienica, czemu się jednak Z. sprzeciwia.

14. Starck (Kilonia): **O gnilcu dziecięcym.** S. zaleca zmianę nazwiska: „Choroba Barlowa“ na „Scorbutus infantum“, gdyż ze względów praktycznych jest wskazane podporządkowanie tego obrazu chorobowego pod pewną gromadę chorób, a choroba Barlowa w każdym razie najbardziej zbliżona do gnilca. W ostatnich latach nauka o gnilcu nie uległa wzbogaceniu; w każdym razie upewniono się, że jest to choroba polegająca na zaburzeniu odżywczem, a zmiana pokarmu u dzieci sztucznie karmionych w chwili powstawania znaczniejszej niedokrwności dała dobre wyniki. Zapytania, wystosowane przez S. do 300 lekarzy, co do częstości pojawiania się gnilca w ostatnich trzech latach, wykazały 77 przypadków u dzieci sztucznie karmionych. Przyczynę zmniejszenia się liczby przypadków gnilca dopatruje prelegent w tem, że rozpoznawanie choroby jest pewniejsze, sposób leczenia bardziej rozpowszechniony, mniej się używa mleka wyjałowionego, i że mleko obecnie bywa lepsze.

W ożywionych rozprawach brali między innemi udział: Soltmann, który jest za zachowaniem miana „choroby Barlowa“ aż do chwili, kiedy badanie krwi w dalszym przebiegu wyjaśni właściwą postać chorobową. S. zauważył wystąpienie gnilca po chorobach zakaźnych, a Kühne przenoszenie się choroby z osobnika na osobnik.

Siegert zwraca uwagę, że w niektórych miejscach (Drezno, Kilonia) często widziano chorobę Barlowa, w innych zaś (Alzacya, Szwajcarya) bardzo rzadko.

Różnica zdań była znaczna co do etyologii cierpienia. Ze względów leczniczych niektórzy autorowie zwrócili uwagę na skuteczność kwasu cytrynowego.

Starck nie kładzie już obecnie takiego nacisku na nieodpowiednie wyjaławianie mleka, jako czynnik etyologiczny, lecz jednostajność pokarmu wywołuje usposobienie do choroby, dlatego też proponuje zmianę dyety.

Sekcya chirurgiczna.

1. Schede (Bonn): **O nowotworach rdzenia pacierzowego i o ich leczeniu.** Omówiwszy cztery przez siebie operowane przypadki tego cierpienia, zwraca Sch. uwagę na ważność zapobiegania obfitszemu odpływowi płynu mózgowo-rdzeniowego przez odsznurowanie opony twardej powyżej i poniżej miejsca nacięcia zapomocą szwu, wykonanego igłą, używaną do tętniaków. Graff przytacza podobny przypadek, operowany przed 14-tu dniami.

2. Bardenheuer (Kolonia): **Operacyjne leczenie urazowej rwy kulszowej.** Na podstawie czterech przypadków, operowanych z dobrym skutkiem, sądzi B., że przyczyną powstawania rwy kulszowej jest urazowe bezpośrednie lub pośrednie zranienie, stłuczenie lub naderwanie splotu kulszowego w jego przebiegu w przewodzie krzyżowym. Zaleca tedy odsłonięcie korzeni krzyżowych splotu kulszowego z przewodu kostnego. Szczególnie nadaje się ten zabieg w przypadkach urazowej rwy kulszowej, jeżeli inne leczenie było bezskuteczne. Operacyę wykonuje zapomocą małego, łukowatego cięcia, zwróconego wypukłością ku wewnątrz i ku tyłowi. (Następuje szczegółowy opis operacyi).

König przemawia bardziej za naciąganiem nerwu.

Schede również wyleczył 20 przypadków przez naciąganie nerwu.

Bardenheuer sądzi, że poprzednio można wykonać naciągnięcie nerwu, a gdy jest bezskuteczne, należy wykonać resekcyę spojenia biodrowego.

3. Helferich (Kilonia): **Przyczynki do chirurgii plastycznej.** Usunięcie nowotworu lub amputacyę należy wykonać, trzymając się ściśle wskazań do operacyi, bez względu na mające się wykonać pokrycie plastyczne ubytku, gdyż operacya ma zazwyczaj na oku życie osobnika. Na przykładach dowodzi H. ważności i doniosłego znaczenia praktycznego swego zapatrywania.

4. Lexer (Berlin): **O operacyi zwoju Gassera.** Z 12-tu przypadków, operowanych przez L., jedna 70-letnia kobieta zmarła z następowego zapalenia. Operowano ją z powodu bardzo uporczywego nerwobólu nerwu trójdzielnego, a badanie pośmiertne wykazało guz w tylnym dole czaszkowym (Psammoma), jako przyczynę cierpienia. Guz ten obejmował pień nerwu trójdzielnego, był wielkości orzecha włoskiego i jakkolwiek spowodował zagłębienie w szypułce mózgowej i w moście Varola, to brakło jednak objawów ze strony tych właśnie części mózgu. Przypadek ten, jak wiele podobnych dowodzi, dlaczego mimo wycięcia zwoju Gassera nie następuje wyleczenie, lecz powstają nawroty choroby. Inni chorzy L. nie doświadczają żadnych przypadłości; jeden nawet od $3^1/_2$ lat. Z trzech przypadków zapalenia rogówki jeden został wyleczony, u innych zaś pozostały zaćmienia rogówki. W czterech przypadkach porażeń pojedynczych nerwów ocznych, w jednym porażenie n. odwodzącego nie ustąpiło w całości.

Krause operował ogółem 32 przypadków; 120 razy wykonał resekcyę obwodową nerwu trójdzielnego i nie widział w ciągu 6—8 lat nawrotów choroby. Mimo najusilniejszych zabiegów powstają zapalenia rogówki.

5. Kölliker (Lipsk): **O usypianiu eterem i chloroformem.** K. rozpoczyna usypianie eterem, a kończy je chloroformem. Demonstracya odpowiedniej maski.

Sudeck zaleca wykonanie operacyi w pierwszem oszołomieniu eterowem przed wystąpieniem okresu pobudzenia.

6. Mikulicz (Wrocław): **Spostrzeżenia nad rakiem żołądka.** Na 447 przypadków raka żołądka, przyjętych od r. 1890 do 1900, operował M. 320 razy, a mianowicie: wykonano nacięcie próbne 44, gastrostomię 27, jejunostomię 12, gastroenterostomię 143, resekcyę żołądka 100, wycięcie żołądka 3 razy. Nieoperowani żyli przeciętnie 11 miesięcy, po laparotomii próbnej 12 miesięcy; śmiertelność po laparotomii próbnej wynosiła tylko $4^1/_2$%; operacya ta powinna przeto być częściej wykonywana. Z 27 gastrostomij cztery zmarły po operacyi; przeciętnie zaś chorzy ci żyli 12 miesięcy. Operacya ta nie ma tedy wartości i powinnaby tylko być wykonywana w ostatnim okresie choroby dla uśmierzenia mąk głodowych chorego. Jejunostomię, jako zabieg niebezpieczny, wykonuje M. tylko wtedy, jeżeli ściana żołądka jest naciekła tak, iż nie można utworzyć przetoki. W 143 przypadkach gastroenterostomii śmiertelność wynosi 26%. Operacya ta jest bardzo niebezpieczna, a nie daje trwałych korzyści. Na 100 resekcyj śmiertelność wynosiła 37%, obecnie wynosi 25%; wynik ten nie jest gorszy, aniżeli przy gastroenterostomii. Wyniki trwałe otrzymano w 34 przypadkach, które żyją od $^1/_2$—$8^1/_4$ lat; 17% można uważać za radykalnie wyleczone. Wartość resekcyi polega prócz utrzymania życia na jego przedłużeniu, gdyż ognisko rakowe bywa usunięte. Przeciętny czas życia po resekcyi jest jeden rok. M. spodziewa się po tej operacyi lepszych wyników, jeżeli rozpoznanie będzie mogło być wcześniej postawione, a technika należycie wydoskonali się. (Ciąg dalszy nastąpi).

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Z dotychczasowej działalności Tow. Samopomocy lekarzy.

Wobec mającego się odbyć d. 24 listopada Walnego Zgromadzenia Tow. samopomocy rozesłał Wydział sprawozdanie za czas od 3 lutego b. r. Dostawszy, jako członek Towarzystwa, sprawozdanie to w rękę, nie mogę się oprzeć pokusie napisania słów kilku. Mając bowiem przegląd dotychczasowych czynności Towarzystwa, możemy już wyrobić sobie zdanie o jego potrzebie i pożytku.

Że Towarzystwo było potrzebne, dowodzi owe mnóstwo wniosków i próśb, jakimi zaraz zasypano Wydział. A były to wnioski najrozmaitsze: jedne racyonalne i pilne, inne błahe i wprost niemożliwe. Ze sprawozdania widać, jak sumiennie wywiązywał się ze swego zadania Wydział. Wszystkie wnioski badał, żadnego *a limine* nie odrzucając i w miarę możności załatwiał sam lub umotywowane przekazywał Izbie lekarskiej. Głównem pragnieniem ogółu członków, — jak widać ze sprawozdania, — jest stworzenie instytucyi, którąby zabezpieczała emeryturę lekarzom na starość, tudzież rentę wdowom i sierotom. O sprawie tej wiele poprzednio pisano i radzono w kołach lekarskich, toteż i Wydział Samopomocy przedewszystkiem nią się zajął, a owocem mozolnej jego na tem polu pracy jest zupełnie gotowy i szczegółowo obrobiony projekt ustawy o przymusowem ubezpieczeniu lekarzy, jako osobna broszurka do sprawozdania dołączony. O projekcie tym, mającym niesłychanie doniosłe znaczenie, pomówić chcę osobno — na końcu.

Poza tem dąży Wydział, — jak widać ze sprawozdania, — do stworzenia funduszu dla udzielania członkom pożyczek lub zapomóg w chwilowej ciężkiej a nieprzewidzianej potrzebie. W tym celu wynalazł dwojakie źródło dochodu, któreby mogło wystarczyć na wszystkie potrzeby, gdyby tylko ogół Kolegów zechciał zrozumieć i poprzeć te usiłowania. A nawet teraz w samych początkach swego istnienia, było Towarzystwo w stanie udzielić jednemu ze swych członków pożyczki na bardzo dogodnych warunkach. Już to samo jest wielką i namacalną korzyścią dla członków, jeżeli nie potrzebują szukać pożyczki gdzieindziej, lecz uzyskać ją mogą w swojem zwłaszcza Towarzystwie, złożonem z samych Kolegów.

Towarzystwo rozpoczęło też energiczne kroki celem wykorzenienia partactwa, uprawianego przez niepowołanych ze szkodą lekarzy, a stanowiącego głównie na prowincyi ciężką plagę. Również pracuje Wydział nad zredukowaniem do istotnych koniecznych granic leczenia darmo, drugiej znów plagi, ciążącej w imię fałszywego humanitaryzmu na całym stanie lekarskim. Ogromną też ulgą dla jednostek będzie ściąganie przez Towarzystwo zaległych honoraryów od osob, które lata całe pozostają dłużne, a na upomnienia się poszkodowanego lekarza obrzucają go tak często gradem wymówek. Musi to bowiem wyjść na pożytek, gdy publiczność zobaczy, że słusznych praw jednostki broni zorganizowany stan lekarski, a wtedy i zaległości nie będą z pewnością tak częste i duże.

Już tych kilka punktów, wyjętych ze sprawozdania powinno przekonać najbardziej uprzedzonego, że Towarzystwo Samopomocy jest w dzisiejszych warunkach koniecznem i ze dotychczas z zadania swego ku ogólnemu zadowolenlu się wywiązuje. Lecz smutno się robi, gdy przejrzymy listę członków. Na 1360 lekarzy w Galicyi należy do Towarzystwa zaledwie 328, z tego w Krakowie 116, a we Lwowie 14 *(sic!)*, ze Szląska 3, z Bukowiny ani jeden. I dla czego? Czy może Towarzystwo nie zbyt żywo zajmuje się jednaniem nowych członków? Od lutego b. r. rozesłano, — jak mówi sprawozdanie, — t r z y o d e z w y do Kolegów; wszak nie sposób co miesiąc wysyłać nową, boby to cały fundusz obrotowy pochłonęło. Gdzieindziej, n. p. w sąsiednich Czechach, wystarczy jedno rzucone hasło, aby myśl dobra i pożyteczna znalazła tysiące zwolenników, — u nas, choć każdy czuje, że mu źle i domaga się, aby coś robić i radzić, to z chwilą gdy projekt w czyn zostanie wprowadzony, większość usuwa się, a usuwa się z różnych błahych pobudek. Jedni z apatyi i lenistwa; drudzy przez małostkowe ambicyjki, że rzecz zrodziła się w mieście X, podzas gdy oni są obywatelami miasta Z; inni, że myśl podjęli niesympatyczni im panowie N. N.; inni wreszcie, że nie wierzą w powodzenie lub nie widzą dla siebie osobiście korzyści. Wieleż to pięknych i szlachetnych planów u nas w ten sposób upadło, a wiele jeszcze upadnie. I dziwić się potem, że wróg nasz rzuca nam w twarz frazes o *„minderwerthige Nation“.*

Podobnie rzecz się ma i tutaj. Ogół lekarzy narzeka, że przy dzisiejszym stanie rzeczy nędza wprost grozi większości kolegów, jeżeli nie zaraz, to na starość, a wdowy czeka żebranina. Aby temu zaradzić, zawiązuje się Towarzystwo Samopomocy, działa, pracuje nad siły, lecz zaraz na wstępie spotyka się z apatyą jednych — z niedoświadczeniem drugich. Patrząc na to i czytając sprawozdanie Wydziału, mimowoli przychodzi myśl, czemu ci, którzy stanęli na czele Towarzystwa, nie opuścili jeszcze rąk, lecz przeciwnie z coraz większym pracują zapałem dla dobra kolegów, tych kolegów, co sami widocznie nie chcą poprawy dzisiejszych stosunków i wolą grzęznąć coraz głębiej. Przypominają oni owego żebraka, który ucieka, gdy mu się podsuwa sposobność do zarobku, bo przywykł już do poniżenia, łachmanów i jałmużny.

Najdonioślejszą pracą, jaką wygotował Wydział przez te kilka miesięcy, jest p r o j e k t u c h w a ł y o p r z y m u s o w e m u b e z p i e c z e n i u l e k a r z y. Jest to, jak się dowiedziałem, pomysł prezesa Towarzystwa, prof. J o r d a n a, a został tak sumiennie i racyonalnie opracowany, że nic ująć, ani dodać nie można. Zbyt wiele miejsca zabrałoby roztrząsanie szczegółowe tego projektu; podnieść tylko muszę, że zapewnia on lekarzom przyzwoite emerytury, stwarza fundusz inwalidów, zapewnia rentę wdowom i sierotom, jednem słowem rozwiązuje wszystkie żądania, wyrażane dotychczas przez ogół Kolegów. Projekt domaga się utworzenia funduszu pensyjnego dla lekarzy całej Austryi, którymby administrował Rząd. Fundusz powstać ma z wkładek płaconych przez lekarzy, z opodatkowania recept, z opłaty wnoszonej przez sam Rząd. Ciężary więc są rozłożone słusznie na wszystkich, którzy w imię sprawiedliwości powinni je ponosić.

Sprawozdanie swe kończy Wydział usprawiedliwieniem, że przeciąg dziewięciu miesięcy był za krótkim, aby coś więcej jeszcze przygotować. Mojem zdaniem jednak już to, co zrobiono dotychczas, przeszło oczekiwania nawet nieprzychylnie na rzecz patrzących; toteż powinno ociągających się ożywić, ślepym oczy otworzyć, a niechętnym z ręki wytrącić broń. Czy będzie tak, niedaleka przyszłość pokaże.

Jeden z członków.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 14 listopada.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem koledzy: prof. P i e n i ą ż e k i prof. T r z e b i c k y przedstawili dwa rzadsze przypadki chorobowe; poczem kol. doc. Bochenek miał wykład: »O drogach czuciowych rdzeniowych«

* Wydział Towarzystwa samopomocy lekarzy rozesłał kolegom, przebywającym w obrębie jego geograficznym działania »projekt przymusowego ubezpieczenia lekarzy«. Sprawa ta należy do najtrudniejszych, lecz i do najważniejszych dla bytu stanu lekarskiego i jest kluczem sklepienia w organizacyjnej budowie społeczności lekarskiej. Dotychczasowe zgłębianie tej sprawy doprowadziło do wyników ujemnych: specyaliści w zakresie ubezpieczeń na życie oświadczyli nie dwuznacznie, że ogół lekarzy sam nie jest w stanie podołać ciężarowi, który nań wkłada zabezpieczenie lekarzom renty dożywotniej, oraz pensyi dla wdów i sierót po lekarzach; jedynem racyonalnem rozwiązaniem ma być według specyalistów wyszukanie ubocznych źródeł dla pokrycia napewne przewidzianego niedoboru. Projekt Wydziału Towarzystwa samopomocy lekarzy rozstrzyga tę sprawę o tyle, że wskazuje na nowe źródła finansowe i na instytucye, które powinny poczuwać się do obowiązku urzeczywistnienia tak pomyślanego sfinansowania. Uczestnicy Zgromadzenia Towarzystwa samopomocy lekarzy, którzy zbiorą się dnia 24 b. m., powinni jak najgłębiej rozejrzeć się w projekcie Wydziału Towarzystwa samopomocy i wyrobić sobie wcześnie zdanie o tej sprawie, ażeby dyskusya była rzeczowa, a uchwały mogły zapaść po najdojrzalszem rozważeniu projektu

* Na porządku dziennym II-go Zjazdu lekarzy okręgowych, który odbędzie się we Lwowie dnia 23 b. m., znajduje się między innemi ważna sprawa »Przedłożenia i omówienia projektu zmiany ustawy dla gminnej służby zdrowia z roku 1891«.

* Do tej chwili zapisało się na zimowe półrocze w Uniwersytecie Jagiellońskim 1472 słuchaczy obojej płci, o 7 więcej w stosunku do roku zeszłego. Na Wydziale lekarskim jest 118 słuchaczy zwyczajnych (107 mężczyzn i 11 kobiet); — nadzwyczajnych 33 (22 słuchaczy

6 słuchaczek i 5 hospitantek. Na pierwsze półrocze zapisało się 27 słuchaczy, w tej liczbie 6 słuchaczek zwyczajnych.

* Wydział krajowy mianował sekundaryuszami szpitala św. Łazarza w Krakowie doktorów: H. Trembeckiego i A. Frommera.

* Dr. Konrad Majewski otrzymał na wystawie ratunkowo-sanitarnej w Frankfurcie srebrny medal za okazy ratunkowe własnego pomysłu, oraz za zbiór prac, wydanych w tym kierunku.

* VII-my Wiec rakuskich Izb lekarskich nie odbędzie się tej jesieni, lecz w lecie 1902 roku; Izbą zarządzającą do tego czasu będzie bukowińska.

* Wiedeńska Rada miejska uchwaliła wystawić »grób honorowy« dla prof. Alberta, który się znajdzie obok grobów Hoffmanna i Billrotha.

* W Berlinie otworzono nową klinikę otyatryczną w Charité na 25 chorych. Ministeryum pruskie przygotowuje plany na urządzenie takiejże kliniki w Wrocławiu.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XLIV (od 27—X do 2—XI). Ogólna liczba mieszkańców wraz z wojskiem 91.323. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 15, urodziło się 64, umarło 55. Największa śmiertelność przypada na gruźlicę 9 (jeden zamiejscowy). Z chorób zakaźnych zmarło: na płonicę 4 (1 zam.), na odrę 4, na błonicę 2 (oba zam.), na dur brzuszny 1, na cholerę dziecięcą 2.

Mianowania i odznaczenia. Naczelnym lekarzem wojska angielskiego mianowany został prof. Taylor. Dr. Leutert mianowany nadzwyczajnym prof. kliniki chorób usznych w Królewcu. Dr. Martius mianowany prof. kliniki lekarskiej w Rostoku. Dr. Schiötz mianowany prof. okulistyki w Chrystyanii. Drowie: Klein i Barlow zostali mianowani prof. nadzwyczajnymi w Monachium. Drowie. Van Duyse i Gilson mianowani prof. zwyczajnymi, a Dr. Van der Schricht — nadzwyczajnym profesorem w Gandawie. Dr. Snyers mianowany prof. zwyczajnym w Liége. Starsi lekarze powiatowi: A. Bieńczewski i W. Stanko otrzymali przy sposobności przeniesienia ich w stan spoczynku krzyże kawalerskie orderu Franciszka Józefa.

Nekrologia. Dnia 6 b. m. zakończył życie w Krakowie Dr. Zygmunt Nowak, dyrektor szpitala powszechnego w Sanoku. Urodził się w Krynicy r. 1866, szkoły średnie ukończył w krakowskiem gimnazyum św. Jacka; nauki lekarskie studyował w Uniwersytecie Jagiellońskim, który skończył roku 1892. Ćwiczył się w praktyce lekarskiej w krakowskim szpitalu św. Łazarza, początkowo jako praktykant bezpłatny, następnie jako sekundaryusz do końca roku 1897. W styczniu 1898 roku mianowany został dyrektorem szpitala powszechnego w Sanoku, do podźwignięcia którego nie szczędził trudu. Charakteru nad wszelki wyraz prawego, był światłym lekarzem, śmiałym operatorem i pozostawił po sobie niezatarte wspomnienie najzacniejszego człowieka.

Bibliografia:

— *Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich.* Z. I. Prus: O umiejscowieniu ośrodków ruchowych w korze móżdżka. Kadyi: O zastosowaniu aldehydu mrówkowego w Zakładzie anatomii opisowej Uniw. lwowskiego. Burzyński: O konserwacyi narządów w naturalnych barwach. Gońka: W sprawie powstawania niektórych cyst w błonie śluzowej dziąsła. Lemberger: O przyrządzie do badania wymiany gazów podczas oddychania u zwierząt. Gąsiorowski: Wpływ działania kokainy, przecięcia nerwu i mechanicznego podrażnienia na budowę ciałek dotykowych Grandryego. Fajersztajn: O barwieniu włókien osiowych za pomocą laki chromowo-hematoksylinowej.

— *Medycyna* Nr. 45. Steinhaus: O nowotworach mięszanych ślinianek (dok.). Brudziński: O stosunku wzajemnym zołzów i gruźlicy u dzieci.

— *Gazeta lekarska* Nr. 45. Bogdanik: O zachowawczem wyłuszczaniu włókniaków macicy. Cybulski: O użyciu fonendoskopu Barri — Bianchi. Świętochowski: O wpływie alkoholu na krążenie krwi.

— *Krytyka lekarska* Nr. 11. Mutermilch: Stanowisko gruźlicy w rodzinie chorób zakaźnych. W.: Nasze Wydziały lekarskie.

— *Nowiny lekarskie* Z. 11. F. Chł.: Marceli Nencki (wspomnienie pośmiertne). Karwowski: Leczenie rzeżączki cytrynianem srebra czyli itrolem. Mincer: Kilka uwag o ważniejszych zagadnieniach urologii.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 45. Babák: Pojem biologie (c. d.). Hüttel: Operativní léčeni diphteritických stenos laryngu v prvém desitileti české dětské kliniky. (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 89. Rosenthal i Hulot: Zakażenie enterokokowe ogólne. Martinet: Kiedy i dla czego należy polecać salicylan sodowy. Nr. 90. Chaput: Znieczulenie ogólne lub tylko rozległe drogą wstrzyknięcia kokainy pod opony rdzenia. Lequeu: Dwa przypadki śmierci natychmiast po wstrzyknięciu roztworu kokainy pod błony rdzeni. Dumont: Technika kokainizacyi rdzenia.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 45. Klein: O zaćmie w cukrzycy. Jellinek: Elektryczność i uśpienie chloroformowe. Preindlsberger: I. O operacyjnem leczeniu niedrożności jelit. II. Przyczynek do modyfikacyi przemieszczenia wola podług Wölflera. Furth: Ostre zatrucie jodem pod postacią zapalenia gruczołu przyusznego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 45. Jesionek: O leczeniu rzeżączki protargolem. Fujisawa: Przypadek późnego zapalenia błon mózgowych po zranieniu czaszki. Strohmayer: Znaczenie statystyki indywidualnej w sprawie dziedziczności w neuro- i psychopatologii. Hoeflmayr: Zapalenie zawodowe nerwu w zakresie splotu ramiennego. Hamm: Przypadek gośćcowego zajęcia stawu żuchwy. Löhnberg: Dwa przypadki ciała obcego w jamie nosowej.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 45. Beck: Operacya spodziectwa *(Hypospadie)*. Uhlenhuth: Rozróżnianie mięsiw rozmaitych zwierząt za pomocą swoistej surowicy i praktyczne zastosowanie tej metody przy oględzinach mięsa. Jores: Osobliwa postać marskości wątroby. Shiga: Badania nad nagminną czerwonką w Japonii, szczególnie ze względu na prątka czerwonki (dok.). Strauss: Przyczynek do badań nad czynnością wątroby (dok.).

— *Berliner klin. Wochenschrift.* Nr. 45. Martius: Dziedziczność konstytucyjnych czynników gruźlicy. Wolff: O zmianach degeneracyjnych w wypocinach opłucnowych. Gumpertz: O świadomości podwójnej. Baumgarten: O działaniu i wpływie histologiczno-patologicznym prątka gruźlicy. (c. d.). Prowe: Rzeżączka i prostytucya.

Redakcya otrzymała: Jessner: Kompendium der Hauptkrankheiten einschiesslich der Syphilide und einer kurzen Kosmetik. Popielski: Ueber das peripherische reflectorische Nervencentrum des Pankreas.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 20 listopada, o godz. 6 wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem będą następujące odczyty: 1) doc. dr. M. Siedlecki (jako gość) „O pasorzycie malaryi ze stanowiska zoologicznego"; 2) kol. doc. Kryński: „Przyczynek do patologii i chirurgii sieci.

II-gie zwyczajne walne zgromadzenie członków Towarzystwa samopomocy lekarzy odbędzie się w Krakowie, w niedzielę, dnia 24 listopada 1901 r. o godz. 3 po południu, *w sali Kopernika (Colleg. novum).*

II-gi Zjazd lekarzy okręgowych odbędzie się w sobotę, d. 23 listopada b. r. o godz. 4 po południu, *w sali Towarzystwa lekarskiego we Lwowie.*

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.